

“Opportunità di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”



**XII edizione
2024**

D. d'Angela
B. Polistena
F. Spandonaro



DIPARTIMENTO DI
ECONOMIA E FINANZA





“Opportunità di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

XII edizione (2024)



Sommario

Indice delle figure	7
Credits	11
Expert Panel	13
Executive summary	21
1. Introduzione	27
2. Metodologia	30
3. Risultati	32
3.1. Aree di valutazione e selezione degli indicatori di <i>Performance</i>	32
3.2. Le funzioni di valore degli indicatori	44
3.3. La composizione degli indicatori	72
3.4. Il contributo delle Dimensioni alla <i>Performance</i>	74
4. La <i>Performance</i> socio-sanitaria	77
5. Note sul monitoraggio e la valutazione degli effetti dell'Autonomia differenziata in Sanità	86
5.1. Metodologia	88
5.2. Esempificazione	90
6. Riflessioni conclusive	106
Schede Regioni	109
Schede indicatori	133



Indice delle figure

Figura 1	Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell'anziano e <i>screening</i>) Distribuzione voti per categoria di <i>stakeholder</i>	35
Figura 2	Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche Distribuzione voti per categoria di <i>stakeholder</i>	35
Figura 3	Spesa sanitaria pubblica pro-capite <i>Gap</i> rispetto alla media EU Distribuzione voti per categoria di <i>stakeholder</i>	37
Figura 4	Quota di persone che rinuncia a prestazioni sanitarie (per motivi economici, distanza, liste attesa, orari scomodi, etc.) Distribuzione voti per categoria di <i>stakeholder</i>	38
Figura 5	Indice di salute mentale Distribuzione voti per categoria di <i>stakeholder</i>	40
Figura 6	Mortalità per Infarto miocardico acuto a 30 giorni dal ricovero Distribuzione voti per categoria di <i>stakeholder</i>	40
Figura 7	Speranza di vita senza limitazioni funzionali (<i>over 65</i> anni) Distribuzione voti per categoria di <i>stakeholder</i>	41
Figura 8	Indice di implementazione rete oncologica Distribuzione voti per categoria di <i>stakeholder</i>	42
Figura 9	Tasso di <i>over 75</i> anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale”; Tasso di persone deboli o a rischio (affetti da dipendenze, anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale; Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari Distribuzione voti per categoria di <i>stakeholder</i>	43
Figura 10	Tasso di accessi al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde Funzione di “valore” per Categoria	45
Figura 11	Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata Funzione di “valore” per Categoria	46
Figura 12	Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell'anziano, e <i>screening</i>) Funzione di “valore” per Categoria	47
Figura 13	Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche Funzione di “valore” per Categoria	48
Figura 14	Dimensione Appropriatelyzza Funzione di “valore” per indicatore	49

“Opportunità di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

Figura 15	Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata Funzione “valore” per Categoria	50
Figura 16	Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali Funzione di “valore” per Categoria	51
Figura 17	Spesa sanitaria pubblica pro-capite: <i>gap</i> rispetto alla media EU Funzione “valore” per Categoria	52
Figura 18	Dimensione Economico-finanziaria Funzione di “valore” per indicatore	53
Figura 19	Quota mobilità passiva effettiva per DRG a bassa e media complessità Funzione di “valore” per Categoria	54
Figura 20	Quota di prestazioni con priorità B (entro 10 giorni) eseguite nei tempi previsti Funzione di “valore” per Categoria	55
Figura 21	Quota di persone che rinuncia a prestazioni sanitarie (motivi economici, distanza, liste d'attesa, orari scomodi, etc.) Funzione di “valore” per Categoria	56
Figura 22	Dimensione Equità Funzione “valore” per indicatore	57
Figura 23	Speranza di vita senza limitazioni funzionali (<i>over 65 anni</i>) Funzione “valore” per Categoria	58
Figura 24	Indice di salute mentale Funzione “valore” per Categoria	59
Figura 25	Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti Funzione di “valore” per Categoria	60
Figura 26	Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero Funzione di “valore” per Categoria	61
Figura 27	Dimensione Esiti Funzione “valore” per indicatore	62
Figura 28	Tasso di attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico Funzione “valore” per Categoria	63
Figura 29	Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive Funzione “valore” per Categoria	64
Figura 30	Indice di implementazione rete oncologica Funzione di “valore” per Categoria	65
Figura 31	Dimensione Innovazione Funzione di “valore” per indicatore	66
Figura 32	Tasso di <i>over 75 anni</i> non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale Funzione di “valore” per Categoria	67

Figura 33	Quota di persone deboli o a rischio (affetti da dipendenze, anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale Funzione di "valore" per Categoria	68
Figura 34	Quota di persone disabili e/o anziani che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari Funzione di "valore" per Categoria	69
Figura 35	Dimensione Sociale Funzione di "valore" per indicatore	70
Figura 36	Contributo delle Dimensioni alla <i>Performance</i> Per Categoria	75
Figura 37	Variazioni del contributo delle Dimensioni alla <i>Performance</i> XII vs XI edizione	76
Figura 38	Indice di <i>Performance</i> Regionale	77
Figura 39	Indice di <i>Performance</i> Categoria Utenti	78
Figura 40	Indice di <i>Performance</i> Categoria Istituzioni	79
Figura 41	Indice di <i>Performance</i> Categoria Professioni Sanitarie	80
Figura 42	Indice di <i>Performance</i> Categoria <i>Management</i> aziendale	81
Figura 43	Indice di <i>Performance</i> Categoria Industria Medica	82
Figura 44	Indice di <i>Performance</i> Regionali 2017 e 2022	83
Figura 45	Indice di <i>Performance</i> 2017 e 2022	84
Figura 46	Indice di <i>Performance</i> Regionale: dinamica 2022/2017	84
Figura 47	Indice di <i>Performance</i> 2017 vs variazione 2022/2017	85
Figura 48	Dinamica regionale Miglioramenti e peggioramenti confronto Prov/Reg Aut/St.spec vs Altre Regioni	91
Figura 49	Dinamica regionale ponderata per le popolazioni Miglioramenti e peggioramenti confronto Prov/Reg Aut/St.spec vs Altre Regioni	92
Figura 50	Dinamica regionale ponderata per le entità delle variazioni degli indicatori Miglioramenti e peggioramenti confronto Prov/Reg Aut/St.spec vs Altre Regioni	93
Figura 51	Dinamica regionale ponderata per le popolazioni e l'entità delle variazioni degli indicatori Miglioramenti e peggioramenti confronto Prov/Reg Aut/St.spec vs Altre Regioni	94
Figura 52	Dinamica regionale Miglioramenti e peggioramenti confronto Reg. Piano di Rientro vs Altre Regioni	95
Figura 53	Dinamica regionale ponderata per le popolazioni Miglioramenti e peggioramenti confronto Reg. Piano di Rientro vs Altre Regioni	96

Figura 54	Dinamica regionale ponderata per le entità delle variazioni degli indicatori Miglioramenti e peggioramenti confronto Reg. in Piano di Rientro vs Altre Regioni	97
Figura 55	Dinamica regionale ponderata per le popolazioni e l'entità delle variazioni degli indicatori Miglioramenti e peggioramenti confronto Reg. in Piano di Rientro vs Altre Regioni	98
Figura 56	Dinamica regionale Miglioramenti e peggioramenti confronto Reg. rich. AD vs Altre Regioni	99
Figura 57	Dinamica regionale ponderata per le popolazioni Miglioramenti e peggioramenti confronto Reg. rich. AD vs Altre Regioni	100
Figura 58	Dinamica regionale ponderata per le entità delle variazioni degli indicatori Miglioramenti e peggioramenti confronto Reg. rich. AD vs Altre Regioni	101
Figura 59	Dinamica regionale ponderata per le popolazioni e l'entità delle variazioni degli indicatori Miglioramenti e peggioramenti confronto Reg. rich. AD vs Altre Regioni	102
Figura 60	Indice Sintetico Ponderato (ISP)	103
Figura 61	Algoritmo monitoraggio effetti AD	104
Figura 62	Regole di lettura effetti AD	105

Credits

- d'ANGELA Daniela
C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
(Coordinatore scientifico e curatore del Rapporto)
- SPANDONARO Federico
C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
(Supervisor scientifico e curatore del Rapporto)
- POLISTENA Barbara
C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
(Curatore del Rapporto)

Hanno collaborato:

- CAFORIO Gaetano
C.R.E.A. Sanità
- CARRIERI Ciro
C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
- CIOPPA Marco
C.R.E.A. Sanità
- DOTTI Carla
Fondazione Istituto "Sacra Famiglia" Onlus, Milano
- d'ANGELA Claudia
C.R.E.A. Sanità
- D'ERRICO Margherita
C.R.E.A. Sanità
- FRATINI Adriana
C.R.E.A. Sanità
- LO GIUDICE Claudio
C.R.E.A. Sanità
- PLONER Esmeralda
C.R.E.A. Sanità
- VERNEAU Ferdinando
C.R.E.A. Sanità



Expert Panel

Istituzioni

- ANNICHIARICO Massimo
Direttore Generale dell'area sanità e sociale, Regione Veneto
- BUCCI Marco
Presidente ANCI Liguria
- CAROLI Francesco
Coordinatore nazionale della rete Città Sane OMS
- CINQUE Ettore
Assessore Finanziamento del Servizio Sanitario Regionale, Regione Campania
- COSCIONI Enrico
Presidente AGENAS
- D'ALESSANDRO Pierpaola
Vice Direttore Generale Vicario, Comune di Roma
- DEGRASSI Flori
Presidente ANDOS
- DE SANTI Anna Maria
già Responsabile Unità di Neuroscienze Sociali, ISS
- FLEGO Gaddo
Direttore Sanitario Ospedale Evangelico Internazionale, già coordinatore rete ligure HTA
- LOMBARDO Massimo
Direttore Generale Agenzia Regionale Emergenza Urgenza Lombardia
- LORUSSO Stefano
Direzione Generale digitalizzazione, sistema informativo sanitario e della statistica, Ministero della Salute
- MARCHETTI Marco
Dirigente HTA, AGENAS e Vicecoordinatore per i dispositivi medici dal Gruppo di coordinamento degli Stati membri UE sull'Health Technology Assessment (HTACG)
- MALETTI Francesca
Consigliera Regionale Emilia-Romagna, Vicepresidente Commissione Politiche per la Salute e Politiche Sociali
- MONTANARO Vito
Direttore Generale Assessorato, Regione Puglia
- RADICE Lorenzo
Sindaco di Legnano

“Opportunità di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

- RUSCITTI Giancarlo
Direttore Dipartimento Salute Politiche Sociali della Provincia Autonoma di Trento
- SCROCCARO Giovanna
Direzione Farmaceutico, protesica, dispositivi medici, Regione Veneto

Management aziendale

- AMATO Francesco
Commissario Straordinario Asl Roma 2
- BENINI Patrizia
Direttore Generale ULSS 9 Scaligera
- BORDON Paolo
Direttore Generale AUSL Bologna
- BOSIO Marco
Direttore Generale ASST Rhodense
- CALAMAI Monica
Direttore Generale Azienda USL di Ferrara
- CAPALBO Maria
Direttore Generale IRCCS INRCA, Regione Marche
- CARRADORI Tiziano
Direttore Generale AUSL Romagna
- CATTINA Grazia
Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero Unico ASL di Nuoro
- COLACICCO Vito Gregorio
Direttore Generale ASL Taranto
- D'AMORE Antonio
Direttore Generale Azienda Ospedaliera Antonio Cardarelli
- DE FILIPPIS Giuseppe
Direttore Generale Azienda Ospedaliera di Perugia
- DEI Simona
Direttore Sanitario Azienda ULS Toscana Centro
- DELLE DONNE Alessandro
Direttore Generale Istituto Tumori Giovanni Paolo II
- DESIDERI Enrico
Già Presidente Fondazione Sicurezza in Sanità
- DONETTI Daniela
Direttore Generale Sant'Andrea Roma

- FRUSCIO Luigi
Direttore Generale ASL Bari
- GENTILI Gilberto
Già Commissario Straordinario AST Pesaro Urbino
- GIUPPONI Massimo
Direttore Generale ATS Bergamo
- MARCHITELLI Francesco
Commissario Straordinario Asl Roma 6
- MATRAGNA Cristina
Direttore Generale ASL Roma 4
- NICORA Carlo
Direttore Generale Istituto Nazionale Tumori di Milano
- POLIMENI Joseph
Direttore Generale ARCS Friuli-Venezia Giulia
- QUINTAVALLE Giuseppe
Commissario straordinario ASL Roma 1
- SCARCELLA Carmelo
Già Direttore Generale ATS Brianza
- SCHAEEL Thomas
Direttore Generale ASL Lanciano - Vasto-Chieti
- SCHIEPPATI Stefano
Direttore Sanitario ASST Valle Olona
- SERPIERI Chiara
Direttore Generale ASL Verbano-Cusio-Ossola
- SILVESTRI Norberto
Direttore Sanitario Humanitas Medical Care - Varese Action for Health Institute, Milano
- SOSTO Gennaro
Direttore Generale ASL Salerno
- TUBERTINI Mario
Commissario straordinario Istituto di Montecatone Bologna
- VOLPE Gennaro
Direttore Generale ASL Benevento - Presidente CARD

Professioni sanitarie

- ANNICCHIARICO Giuseppina
Coordinatrice del Co.Re.Ma.R. (Coordinamento Regionale Malattie Rare - ARESS Puglia)
- BALESTRA Roberta
Presidente FEDERSERD
- BALZANELLI Mario Giosuè
Presidente SIS118
- BERNARDO Andrea
Presidente ANCI Basilicata
- BIANCHI Stefano
Presidente SIN
- CALABRESE Nicola
Vice Segretario Nazionale FIMMG
- CANDIDO Riccardo
Presidente AMD
- CARBONELLI Maria Grazia
Vice Segretario ADI
- CORRADI Maria Paola
Direttore Generale ARES 118
- COSSOLO Marco
Presidente Federfarma
- D'ARPINO Alessandro
Vicepresidente SIFO, Direttore Farmacia AOU di Perugia
- DE GIORGI Serafino
Presidente Società Italiana di Psichiatria Sociale
- DE IACO Fabio
Presidente SIMEU
- DI LORENZO Nicola
Presidente emerito SICOB
- DI TURI Roberta
Segretario Generale SINAF0
- ESPOSITO Giovanni
Presidente GISE
- FAVARETTI Carlo
Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano
- FOCARELLI Dario
Direttore generale ANIA

- LANZA Gaetano
Presidente SICVE
- LEONARDI Filippo
Direttore Generale AIOP
- MANGIACAVALLI Barbara
Presidente FNOPI
- MARTINO Carlo
Presidente ANCI Campania
- MASSONE Cesare
Presidente ad interim ADOI
- MONTORSI Marco
Presidente La Fondazione Biotechnopolo, già Rettore Humanitas
- OLIVA Fabrizio
Presidente ANMCO
- PERRONE Francesco
Presidente AIOM
- PERRONE FILARDI Pasquale
Presidente SIC Cardiologia
- PIETRANTONIO Filomena
Consigliere FADOI - Federazione delle Associazioni Dirigenti Ospedalieri Internisti
- ROSSI Alessandro
Presidente SIMG
- SEBASTIANI Gian Domenico
Presidente SIR
- STARACE Fabrizio
Presidente Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica
- TOSSALI Maria Letizia
Presidente Aitne – Associazione Italiana Terapisti della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva
- UNGAR Andrea
Presidente SIGG
- ZAMPOLINI Mauro
Presidente SIRN
- ZITO Giovanni Battista
Presidente A.R.C.A.

Utenti

- ACETI Tonino
Presidente Salutequità
- CELANO Antonella
Presidente APMAR
- CORAZZA Valeria
Presidente APIAFCO
- LEONE Salvo
Direttore Generale Amici Italia
- MANCUSO Anna Maria
Presidente Salute Donna
- MANDORINO Anna Lisa
Segretario Generale Cittadinanzattiva
- PANNUTI Raffaella
Presidente Fondazione ANT Italia Onlus
- PELAGALLI Maddalena
Responsabile rapporti associativi AMICI Lazio
- RIVELLA Alessandra
Direttrice Associazione A.N.N.A.
- SCOPINARO Annalisa
Presidente UNIAMO
- VIORA Ugo Giuseppe
Presidente ANAP ONLUS

Industria

- ARCANGELI Emanuela
Amarin
- BARRELLA Annarita
Abbvie
- BEGHIN Silvia
Menarini
- BELTRAMINI Fabio
Sanofi
- BRAUCCI Edoardo
Boehringer Ingelheim
- BORLOTTI Barbara
Nestlé Health Science
- GELLONA Fernanda
Confindustria dispositivi medici
- MONTEVERDE SPENCER Geraldo Taadinho
W.L. Gore
- SANTACROCE Roberto
GSK
- FIORAVANTI Laura
Takeda



Ringraziamenti

La XII edizione del progetto “*Le Performance Regionali*”
è stata realizzata grazie ai *grant* incondizionati di:

abbvie

AMARIN

Boehringer
Ingelheim

GORE

GSK

Medtronic

MENARINI
MENARINI
group

Nestlé
HealthScience

sanofi

Takeda

Executive summary

Lo studio “Opportunità di tutela della Salute: Le *Performance* Regionali”, promosso da C.R.E.A. Sanità sin dal 2012, si propone di fornire un contributo alla definizione delle politiche sanitarie e sociali, con la finalità ultima di promuovere miglioramenti nelle opportunità di tutela socio-sanitaria (intesa in senso lato) offerte nei diversi luoghi di residenza regionale.

A tal fine è stata predisposta, e affinata negli anni, una metodologia fondata sul riconoscimento della natura multidimensionale della *Performance*, nonché composizione delle diverse prospettive di cui sono portatori gli *stakeholder* del sistema socio-sanitario.

L’affinamento della metodologia, come anche il sistema di valutazione è supportato da un *Expert Panel* “*multi-stakeholder*” a cui partecipano attualmente 104 rappresentanti delle Istituzioni, del *Management* aziendale, delle Professioni sanitarie, degli Utenti e dell’Industria medicale.

L’indice unico di *Performance* viene determinato sulla base della metodologia sviluppata da C.R.E.A. Sanità, descritta per esteso nel *report*; ricordiamo che la metodologia assegna un ruolo centrale al *Panel*, chiamato a:

- individuare le Dimensioni della *Performance*
- individuare un *set* di indicatori rappresentativo delle suddette dimensioni di *Performance*
- elicitarne il “valore” attribuito alle determinazioni degli indicatori
- elicitarne il “valore relativo” attribuito ai diversi indicatori
- elaborazione dell’indice sintetico di *Performance*, secondo le diverse prospettive e del relativo contributo delle diverse Dimensioni.

In aggiunta alla misurazione della *Performance*, quest’anno viene anche presentata la sua dinamica nel medio periodo (ultimo quinquennio).

Infine, nella edizione 2024 (XII) il *Panel* ha anche proceduto a selezionare un sottogruppo di indicatori specificatamente scelti per il futuro monitoraggio degli effetti dell’Autonomia differenziata in Sanità ovvero finalizzati a realizzare una prima sperimentazione utile a valutarne il “verso” degli effetti di eventuali modifiche istituzionali, identificando eventuali criticità nei diversi “livelli” di governance: nazionale, regionale e locale.

La valutazione 2024 delle *Performance* regionali, in tema di opportunità di tutela socio-sanitaria offerta ai propri cittadini, oscilla da un massimo del 60% (fatto 100% il risultato massimo raggiungibile) ad un minimo del 26%: il risultato migliore lo ottiene il Veneto ed il peggiore la Calabria.

Si conferma come, a parere del *Panel*, i livelli di *Performance* regionali risultino ancora significativamente distanti da un *target* ottimale.

Il divario fra la prima e l’ultima Regione è decisamente rilevante: un terzo delle Regioni non arriva ad un livello pari al 40% del massimo ottenibile.

Qualitativamente, nel *ranking* si identificano quattro gruppi di Regioni: quattro Regioni, (verde nella mappa) Veneto, Piemonte, P.A. di Bolzano e Toscana, raggiungono livelli complessivi di tutela significativamente migliori dalle altre, con un indice di *Performance* che supera il 50% di quella massima (rispettivamente 60%, 55%, 54% e 53%).

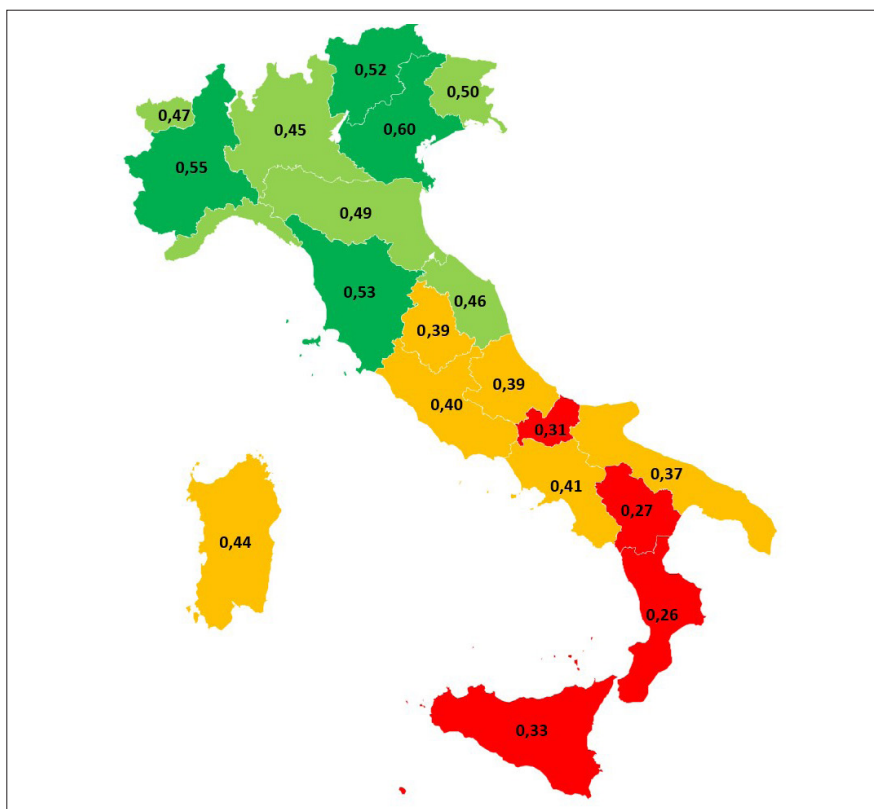
Nel secondo gruppo (verde chiaro), troviamo sette Regioni con livelli dell’indice di *Performance* abbastanza omogenei, compresi tra il 50% ed il 45%: Friuli Venezia Giulia, P.A. di Trento, Emilia Romagna, Liguria, Valle d’Aosta, Marche e Lombardia.

“Opportunità di tutela della Salute: le Performance Regionali”

Nel terzo gruppo (arancione) si attestano Sardegna, Campania, Lazio, Umbria, Abruzzo e Puglia, con livelli di *Performance* compresi nel range 37-44%.

Infine, quattro Regioni (rosso), Sicilia, Molise, Basilicata e Calabria, si attestano su livelli di *Performance* inferiori al 35% del massimo raggiungibile.

Indice di *Performance* (0 Perf. peggiore; 1 Perf. ottima)

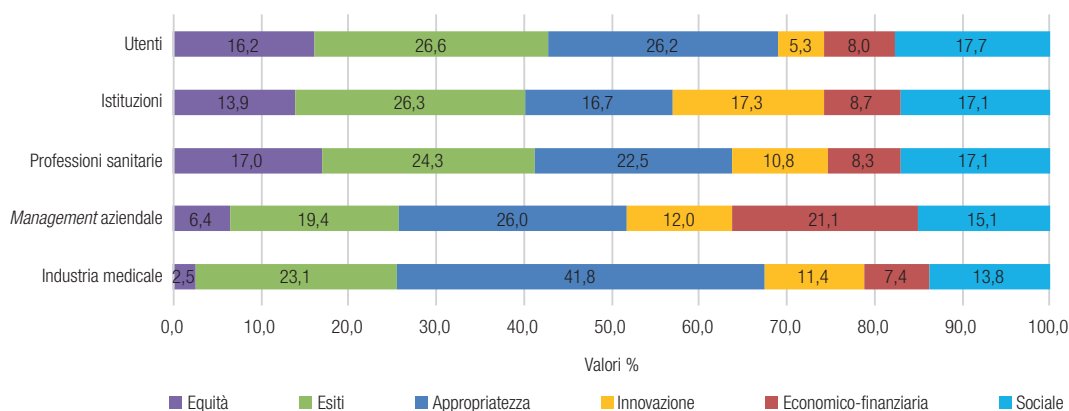


Va osservato che la composizione del gruppo delle Regioni che si situano nell'area dell'“eccellenza”, come anche quella del gruppo, numericamente rilevante, delle Regioni (tutte meridionali) che purtroppo rimangono nell'area intermedia e critica, rimane pressoché costante negli anni.

Si rimanda al *report* di presentazione per la disamina dei risultati disaggregata per Categoria di appartenenza degli *stakeholder*.

Aggregando i risultati per Dimensione, osserviamo come le Dimensioni Appropriata, Esiti e Sociale contribuiscano per oltre il 60% alla *Performance*: rispettivamente per il 26,6%, 23,9% e 16,2%; segue la Dimensione Innovazione (11,4%), mentre le Dimensioni Equità ed Economico-finanziaria, contribuiscono rispettivamente per il 11,2% ed il 10,7%.

Contributo delle dimensioni alla Performance Per categoria



Sebbene con alcune apprezzabili differenze quantitative, gli Esiti e l'Appropriatelyzza (quest'ultima con l'eccezione dei rappresentanti delle Istituzioni) sono nelle prime tre posizioni per tutte le categorie di *stakeholder*; la Dimensione Sociale anche, ma con l'eccezione dei rappresentanti del *Management* aziendale.

La Dimensione Equità è in quarta posizione per tutte le categorie di *stakeholder* e l'Economico-finanziaria è tra le ultime due per tutte le categorie, ad eccezione del *Management* aziendale, per il quale è al secondo posto dopo l'Appropriatelyzza.

Rispetto alla precedente edizione si registra una riduzione notevole del "peso" associato alla Dimensione Equità (-10,9 punti percentuali); si riduce ancora anche il peso delle Dimensioni Economico-finanziaria (-1,4 punti percentuali); rimane quasi costante quello dell'Innovazione (-0,1 punti percentuali); aumenta, in modo complementare, il contributo di Esiti, Appropriatelyzza e Sociale (+10,1, +1,7 e +0,5 punti percentuali rispettivamente).

La dinamica dei "pesi" rispetto alla precedente edizione, in particolare l'incremento di Esiti, Appropriatelyzza e Sociale, sembra poter essere messa in relazione con il fatto che, in un modello organizzativo che si sta evolvendo (DM 77, PNRR, etc.), la priorità appare essere il monitoraggio degli Esiti e dell'appropriatelyzza di presa in carico nel setting extra-ospedaliero (ADI etc.).

Il "ritorno" della dimensione economica tra le priorità nell'agenda del *Management* delle aziende sanitarie può, invece, essere messo in relazione con le difficoltà gestionali derivanti dalla limitatezza delle risorse.

In altri termini, il focus della *Performance* si sposta dinamicamente verso il monitoraggio delle politiche di potenziamento del "territorio" e di integrazione con i servizi sociali, ritenute essenziali in termini di tutela della popolazione, che richiede una "garanzia" di Esiti, congiunta ad una concreta integrazione tra sanità e sociale, superando la separazione di ruoli e competenze sin qui sperimentata.

A livello nazionale, a fronte di un livello complessivo di *Performance* (ottenuto mediando gli indici di *Performance* delle singole Regioni), pari al 43,8% del valore teorico ottimale, nell'ultimo quinquennio si è registrata un miglioramento del 46%; tale miglioramento ha

“Opportunità di tutela della Salute: le *Performance* Regionali”

interessato tutte le ripartizioni geografiche, in maggior misura le Regioni del Mezzogiorno (+75,9% in media), poi quelle del Nord-Est (+44,9%), quelle del Nord-Ovest (+40,9%) e del Centro (+37,4%).

Negli ultimi anni, quindi, sembra essersi registrato una significativa riduzione delle distanze in termini di opportunità di tutela della salute fra Meridione e Settentrione. D'altra parte, rileva che malgrado il *Panel* rilevi un livello attuale della *Performance* ancora lontano da valori ottimali, non sembra che le Regioni con *Performance* migliori riescano a registrare significativi passi avanti: probabilmente ad indicare l'esistenza di limiti strutturali nell'attuale assetto del sistema sanitario.

Come anticipato, è stata altresì sperimentata una estensione della metodologia di valutazione, finalizzata al monitoraggio delle dinamiche degli indicatori di *Performance* registrate in diversi gruppi di Regioni.

L'esercizio è stato condotto propedeuticamente all'implementazione di un monitoraggio degli effetti dell'Autonomia Differenziata in Sanità (AD) (quando dovesse essere riconosciuta ad alcune Regioni).

Adottando l'ottica secondo la quale l'elemento chiave, per la valutazione degli effetti della AD, sarà rappresentato dall'aspettativa che tutte le Regioni procedano in un processo di miglioramento, o almeno non peggioramento attribuibile ai rischi che l'autonomia diventi più competitiva che cooperativa, si è impostata una modalità di monitoraggio che si concentra sulla capacità di apprezzare gli effetti che si determineranno dopo l'eventuale riconoscimento dell'AD ad un gruppo di Regioni.

Nello specifico il *Panel* ha selezionato dal *set* completo di indicatori della misura della *Performance*, un sottogruppo di dieci indicatori, due per ognuna delle cinque dimensioni di valutazione (viene in questo caso escluso il Sociale).

Non essendo ad oggi stata riconosciuta l'AD a nessuna Regione, al mero fine di sperimentare l'implementabilità della metodologia, sono stati calcolate e poi comparate, per il periodo 2017-2022, le dinamiche registrate in gruppi di Regioni: in particolare, si sono confrontate il gruppo delle Province/Regioni Autonome o a statuto speciale verso le altre, quelle in Piano di Rientro (sempre verso le altre) e quello delle Regioni che hanno richiesto l'AD nel 2017 (Emilia Romagna, Lombardia e Veneto), verso le altre.

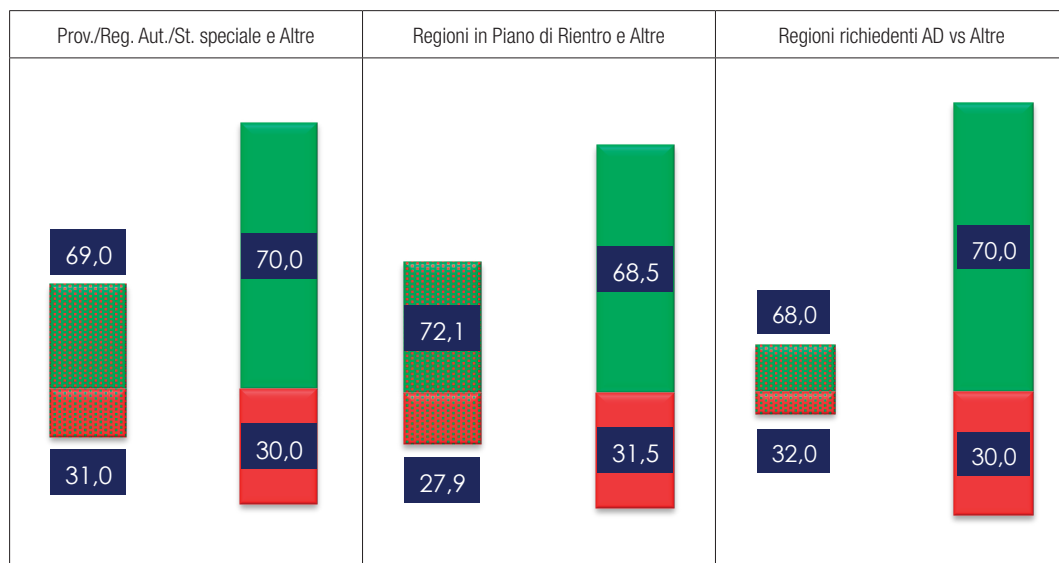
Le comparazioni delle dinamiche nei diversi gruppi sono funzionali, quando verrà concessa l'AD, a confrontare i *gap* nelle dinamiche prima e dopo la sua introduzione, ottenendo così una misura del suo impatto.

Nello specifico, le dinamiche, per ogni indicatore, possono essere confrontate in varie modalità, ovvero in termini di:

- numero di Regioni in miglioramento o peggioramento
- numero di Regioni (ponderate per la popolazione) in miglioramento o peggioramento
- entità del miglioramento/peggioramento dell'indicatore
- entità del miglioramento/peggioramento dell'indicatore, ponderato per la popolazione.

La dinamica, apprezzabile per ogni indicatore, è stata poi ulteriormente sintetizzata in una unica variazione media, “semplice” o ponderata con i “pesi” attribuiti dal *Panel* agli indicatori.

Figura 1. Quota Regioni in miglioramento o in peggioramento e indice Sintetico Ponderato (ISP)



Partendo dalle aree “cumulate”, ponderate con i pesi attribuiti agli indicatori dal *Panel*, rappresentate nella Figura 1, è stato, infine, elaborato per ogni gruppo di Regioni proposte per il confronto, un indice numerico, che abbiamo definito “Indice Sintetico Ponderato” (ISP).

Tale indice può assumere un valore compreso tra -1 e 1 ed è rappresentativo del rapporto tra le aree di peggioramento e di miglioramento nel periodo considerato: il valore 0 è indicativo di una complessiva compensazione fra i miglioramenti e peggioramenti regionali; un valore positivo è indicativo di una prevalenza di miglioramento, ed uno negativo di una prevalenza di peggioramento (1 e -1 nel caso si registrino rispettivamente solo miglioramenti o peggioramenti).

Nel primo confronto, per le Province/Regioni Autonome o a Statuto Speciale l'ISP risulta pari a 0,38 e a 0,40 per le altre.

In questo caso, quindi, possiamo desumerne che nel complesso (nel periodo 2017-2022) la dinamica nelle Province/Regioni Autonome o a Statuto Speciale è stata (leggermente) peggiore che nel gruppo delle altre.

Nel secondo confronto, le Regioni in Piano di rientro registrano un ISP pari a 0,44, verso lo 0,37 delle altre.

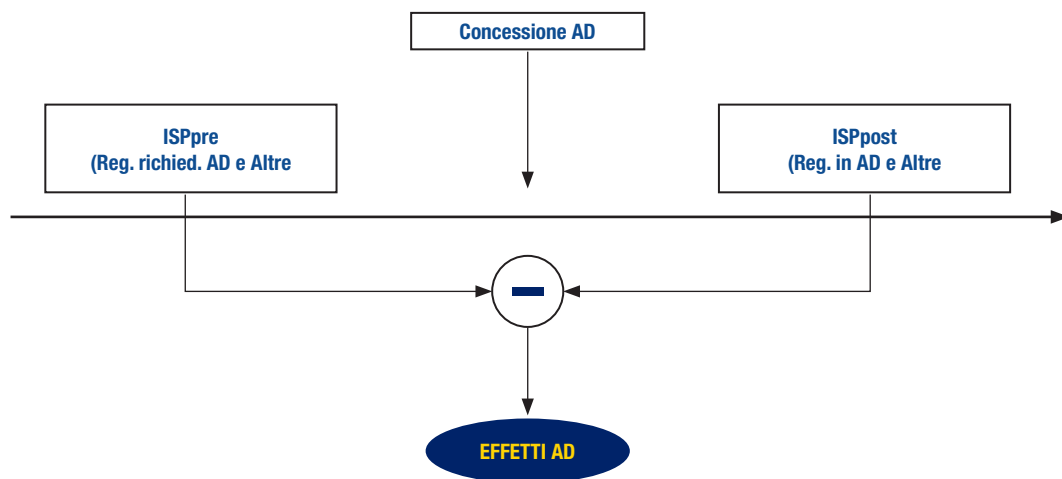
In questo caso, quindi, possiamo desumerne che nel complesso la dinamica nelle Regioni in Piano di Rientro è stata nel complesso decisamente migliore che nel gruppo delle altre.

Infine, nel terzo confronto, le Regioni richiedenti AD (Emilia Romagna, Lombardia e Veneto) registrano un ISP pari a 0,36 verso lo 0,40 delle altre.

In questo caso, la dinamica nelle Regioni richiedenti AD è stata, seppure leggermente, peggiore delle altre.

Lo schema che segue esemplifica come il confronto fra ISP, prima e dopo una modifica (istituzionale, quale la concessione dell'AD ad una o più Regioni, o anche strutturale/organizzativa), può essere monitorata e valutata.

Figura 2. Algoritmo monitoraggio effetti AD



In altri termini, il segno delle variazioni dell'ISP può essere utilizzato per fornire una valutazione quali-quantitativa dell'impatto di una modifica degli assetti istituzionali e/o organizzativi del sistema sanitario.

Il sistema di monitoraggio e valutazione, in attesa che si chiariscano i termini di accesso all'AD, si ritiene possa rappresentare in prospettiva un supporto alla programmazione socio-sanitaria, fornendo indicazioni tanto sul “verso” degli effetti/impatti di eventuali modifiche istituzionali, quanto sugli eventuali ambiti di azione, nei diversi “livelli” di governance: nazionale, regionale e locale.

1. Introduzione

Il progetto “*Opportunità di tutela della Salute: Le Performance Regionali*”, giunto nel 2024 alla sua XII edizione, si pone l’obiettivo di fornire una valutazione delle effettive opportunità di tutela della Salute di cui possono disporre i cittadini nelle diverse Regioni.

La determinazione di formulare una valutazione della *Performance*, nonché di misurare la dinamica nel tempo, nasce dalla volontà di promuovere una riflessione sulle effettive opportunità di tutela regionale, e sulla loro evoluzione.

Nello studio ci si riferisce in primis alla tutela rispetto ai bisogni di salute, ma anche, più in generale, ai bisogni socio-sanitari, della popolazione residente nelle diverse Regioni italiane

Si assume, inoltre, che i livelli di tutela siano legati agli effetti generati da diversi fattori, quali i servizi disponibili, il contesto ambientale, quello socio-economico, etc..

In altri termini, la promozione della tutela non si esaurisce nella garanzia dell'erogazione pubblica di beni e servizi sanitari, coinvolgendo, senza pretesa di esaustività, anche forme di prevenzione – nella sua accezione più ampia, che comprende gli stili di vita adottati dai cittadini – promozione della salubrità ambientale, contrasto alla deprivazione socio-economica (che, oltre il resto, mina le capacità di auto-produzione di Salute), attenuazione dei *gap* socio-economici, etc.

Di conseguenza, la tutela sanitaria di fatto ingloba anche (almeno) in parte quella Sociale e tutto ciò che esita nella capacità di inclusione.

Inoltre, la tutela socio-sanitaria è evidentemente anche il frutto delle attitudini dei cittadini, sia in termini di scelta di ricorrere a particolari tipologie di consumi privati, sia in termini di stili di vita che gli stessi hanno.

Alla luce di quanto sopra esposto, il concetto di *Performance* utilizzato nella ricerca non può che essere intrinsecamente multidimensionale.

Le dimensioni considerate nello studio sono: Appropriatezza, Economico-finanziaria, Equità, Esiti, Innovazione e Sociale

Inoltre, la metodologia di valutazione proposta, sposa una logica multi-prospettica: gli *stakeholder* dei sistemi socio-sanitari sono, infatti, portatori di aspettative non necessariamente del tutto sovrapponibili e, quindi, sono portati a valutare in modo differente le *Performance* di tutela.

Lo studio considera cinque prospettive: quella dei pazienti, delle Istituzioni, dei professionisti sanitari, del *Management* della sanità e dei produttori di tecnologie per la salute.

Vale ancora la pena di sottolineare che il concetto di tutela, assumendo un approccio olistico di Salute e Inclusione, è da considerarsi intrinsecamente dinamico, essendo legato alle modifiche del contesto sociale, economico, culturale e politico: ne segue che anche la misura della *Performance*, in quanto valutazione di livelli di tutela conseguiti o conseguibili, non può che essere dinamica ed evolutiva.

Metodologicamente, la valutazione avviene mediante un processo di elicitazione delle preferenze di un *Panel* di *stakeholder* rappresentativi delle prospettive sopra indicate, che esita nella elaborazione di un indice sintetico di valutazione.

Alla XII annualità del progetto hanno contribuito 104 esperti, in qualità di componenti del *Panel*, con una distribuzione sostanzialmente bilanciata tra le diverse categorie di *stakeholder* e tra le diverse ripartizioni geografiche di provenienza. In particolare, fanno parte del *Panel*:

“Opportunità di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

- 17 rappresentanti delle Istituzioni: 5 nazionali e 7 regionali e 5 locali
- 11 rappresentanti degli Utenti/Cittadini: fra questi 8 Presidenti/Coordinatori nazionali di Associazioni dei pazienti
- 34 rappresentanti delle Professioni sanitarie: tutti Presidenti Nazionali di Società Scientifiche
- 31 componenti del *Management* di aziende sanitarie: 26 Direttori Generali di aziende sanitarie, 4 Direttori Sanitari di aziende sanitarie, 1 già Presidente di fondazione
- 10 rappresentanti dell'Industria: 9 Dirigenti di aziende medicali (farmaci e dispositivi medici) e 1 Presidente di Associazione di categoria.

L'approccio metodologico adottato, operativamente, ha previsto le seguenti fasi:

- individuazione delle Dimensioni della *Performance*
- individuazione di un *set* di indicatori rappresentativo delle suddette dimensioni di *Performance*
- elicitazione del “valore” che i componenti del *Panel* attribuiscono alle determinazioni degli indicatori
- elicitazione del “valore relativo” attribuito dai componenti del *Panel* ai diversi indicatori
- elaborazione dell'indice sintetico di *Performance*, secondo le diverse prospettive e del relativo contributo delle diverse Dimensioni.

Per maggiore chiarezza, si specifica che per “valore relativo” degli indicatori si intende il diverso “peso” che i componenti del *Panel* attribuiscono ai diversi indicatori, elicitati mediante la disponibilità espressa dagli *stakeholder* a scambiare peggiori determinazioni di un indicatore con migliori di un altro, a parità di valutazione complessiva della *Performance*.

Le evidenze generate dallo studio negli anni precedenti sono molteplici; fra quelle che riteniamo più originali e rilevanti, citiamo:

- la dimostrazione/conferma della dipendenza della misura della *Performance* dalle diverse prospettive di cui sono portatori gli *stakeholder*
- dimostrazione/conferma dell'esistenza di una dinamica del concetto di *Performance*, legata all'evoluzione del contesto politico e culturale, e quindi alle tendenze delle politiche sanitarie e sociali, che si estrinseca nella modificazione dei “pesi” di composizione delle diverse Dimensioni di cui è composta la *Performance*
- l'esistenza di una correlazione fra la misura di *Performance* ed il contesto locale professionale dei membri del *Panel*.

In questa annualità sono state, in particolare, introdotte tre novità metodologiche:

- la misurazione della dinamica della *Performance* nel medio periodo (ultimo quinquennio)
- la selezione di un sottogruppo di indicatori specificatamente scelti per il futuro monitoraggio degli effetti dell'Autonomia differenziata in Sanità
- la definizione e prima sperimentazione di un approccio per il monitoraggio degli effetti dell'Autonomia differenziata in Sanità.

Alla luce delle aree ritenute prioritarie dal *Panel* per la misurazione delle *Performance* del “nuovo” sistema, risultante dalla messa a terra dei recenti provvedimenti normativi

(D.M. 77, PNRR), e delle fonti informative disponibili, sono stati preselezionati dai ricercatori 33 indicatori, attribuibili alle sei Dimensioni di valutazione. In presenza di più indicatori della stessa area, è stato proposto al *Panel* di scegliere quelli ritenuti più rappresentativi, in modo da individuare nel complesso 20 indicatori.

Durante il *meeting*, tenutosi il 20.5.2024, i membri del *Panel* hanno provveduto a votare gli indicatori ritenuti più rappresentativi.

Nello stesso *meeting*, il *Panel* ha proceduto ad una ulteriore selezione di indicatori, individuandone un sottogruppo, due per ognuna delle sei Dimensioni, ritenuti prioritari per il monitoraggio degli effetti dell'Autonomia Differenziata (AD).

Nei capitoli a seguire, dopo un breve riepilogo della metodologia di lavoro adottata, si esplicita il processo che ha portato all'elaborazione dell'indice sintetico di *Performance*, e quindi si analizzano i risultati: sia finali (misura della *Performance*) sia quelli intermedi, relativi alla selezione degli indicatori per il monitoraggio della *Performance* e dell'AD, quelli sull'esito dell'elicitazione delle preferenze del *Panel*, che portano alla generazione delle funzioni di valore degli indicatori, quello sulla elicitazione del loro "valore relativo".

La *Performance*, ovvero il *ranking* regionale elaborato, viene analizzato sia nel complesso che per singola Categoria di *stakeholder*; in aggiunta, si analizza, la dinamica del contributo alla *Performance* tanto delle diverse Dimensioni, quanto dei singoli indicatori; ancora, la dinamica complessiva del livello di *Performance* nel medio periodo.

Infine, viene analizzata la dinamica negli ultimi sei anni dei 10 indicatori selezionati per il monitoraggio dell'AD, confrontando a coppie diversi gruppi di Regioni: in particolare quelle autonome o a statuto speciale, quelle in Piano di rientro economico-finanziario, quelle che hanno richiesto nel 2017 l'Autonomia differenziata per la Sanità; conclude il *Report* una riflessione sulle possibilità di implementare una metodologia di monitoraggio degli effetti dell'AD.

2. Metodologia

Per la disamina della metodologia utilizzata per la determinazione dell'indice unico di *Performance* regionale rimandiamo alle scorse edizioni del progetto di ricerca: l'approccio è infatti rimasto invariato negli anni, al netto degli aggiornamenti degli indicatori, e l'inserimento di nuove Dimensioni finalizzate ad ampliare gli ambiti di valutazione: ricordiamo l'introduzione della Dimensione Innovazione nella V edizione e di quella del Sociale nella X (che si è accompagnata con l'estensione dell'*Expert Panel* a rappresentanti degli Enti locali, in particolare dei Comuni).

In sintesi, ci si limita a ricordare come il processo di valutazione predisposto assume che la natura della *Performance* in campo socio-sanitario abbia carattere di soggettività, multidimensionalità e sistematicità (Geert Bouckaert, 2008).

Inoltre, che l'obiettivo della valutazione è, in primo luogo, quello di misurare le opportunità di tutela socio-sanitaria dei cittadini, con l'ambizione di rappresentare una modalità indipendente di valutazione della soddisfazione dei livelli di legittima aspettativa del cittadino nei confronti dei rischi socio-sanitari, ottenibile nei diversi contesti di residenza.

Infine, che si è adottato un approccio al processo di valutazione “democratico” (si vota a maggioranza semplice l'inclusione degli indicatori e le preferenze dei membri dell'*Expert Panel* pesano tutte in uguale modo nelle sintesi), discostandosi dalla metodologia di valutazione tecnocratica, solitamente utilizzata a livello istituzionale, che è finalizzata a misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi istituzionali e programmatici del *Welfare* pubblico (nazionali e regionali) da parte dei servizi regionali.

L'implementazione operativa della valutazione è riconducibile al paradigma dell'analisi delle decisioni, utilizzato nel *Project Management*: a partire da un *set* finito di obiettivi prefissati e da un *set* di indicatori capaci di rappresentarli, sulla base delle determinazioni di questi ultimi si generano schemi di *Performance* alternative, fra le quali la finalità del ricercatore è giungere alla determinazione di quella ritenuta “migliore”, nonché di misurare la “distanza” dalle altre.

Per definire quale schema di *Performance* sia ritenuto “migliore”, ci si basa sull'elicitazione delle preferenze/utilità degli *stakeholder*.

La trasformazione dei livelli degli indicatori (determinazioni) in livelli di utilità, permette una loro “normalizzazione”, e la elaborazione di una misura di sintesi della *Performance*, superando il fatto che in natura gli indicatori (e quindi le Dimensioni che rappresentano) sono espressi in unità di misura diverse.

Da un ulteriore punto di vista, rileva, come la metodologia adottata implichi che non tutti gli obiettivi, e il relativo livello di raggiungimento, forniscano la stessa Utilità, e quindi lo stesso contributo alla *Performance*.

Evidentemente, una volta definito il “segno” dell'indicatore, migliori determinazioni implicano una migliore *Performance*, con un impatto dipendente dal peso attribuito ai diversi indicatori; peraltro, una variazione di Utilità legata ad una variazione di una dimensione/indicatore, può essere compensata da quella di segno opposto di un altro: in altri termini, il peggioramento della *Performance* derivante da una peggiore determinazione di un indicatore, può essere compensato da una migliore determinazione su un altro (e viceversa).

Le Dimensioni di *Performance* utilizzate nella XII edizione dello studio, sono 6 (in ordine alfabetico): Appropriatezza, Economico-finanziaria, Equità (di accesso alle cure), Esiti (di salute), Innovazione e Sociale.

Le Dimensioni sono legate all'oggetto di analisi e al contesto sociale: ad esempio, nello specifico del caso italiano, è la "natura" pubblica (costituzionalmente garantita) della tutela, la ragione per la quale, ad esempio, l'Equità deve ritenersi una Dimensione propria della *Performance* in campo socio-sanitario.

Le attività 2024

Per quanto concerne l'implementazione del processo di valutazione, il 20.5.2024, si è svolto il *meeting dell'Expert Panel*: i componenti del *Panel* hanno contestualmente proceduto alla selezione di 20 indicatori di *Performance* afferenti alle sei Dimensioni predeterminate (3 o 4 per Dimensione), partendo da un *set* di indicatori pre-selezionati dal C.R.E.A. Sanità, afferenti alle aree di valutazione identificate dal *Panel* nella precedente edizione, e nel rispetto dei criteri di standardizzazione, ripetibilità, nonché di disponibilità degli stessi per tutte le Regioni.

Il *Panel* ha anche proceduto alla selezione di un sottogruppo di indicatori (10) da adottare per il monitoraggio degli effetti dell'Autonomia Differenziata.

Ogni membro del *Panel*, avvalendosi di un applicativo *web-based* sviluppato ad hoc dal *team* di ricerca del C.R.E.A. Sanità, ha condotto in autonomia l'esercizio deputato alla elicitazione delle preferenze, utilizzando una modalità *computer assisted*.

Gli esiti del processo di elicitazione sono stati poi trasferiti sull'applicativo *Logical Decision*[®] (ver. 8.0) che, adottando una funzione di Utilità multi-attributo, ha permesso di stimare i "pesi" di composizione dei diversi indicatori e dimensioni.

Il *meeting* si è poi concluso con un dibattito fra i membri del *Panel*, finalizzato a definire il metodo da adottarsi per il monitoraggio degli effetti dell'AD.

3. Risultati

3.1. Aree di valutazione e selezione degli indicatori di *Performance*

Nella precedente edizione dello studio, il *Panel* era giunto alla determinazione per cui le aree ritenute più “qualificanti” per la valutazione della *Performance* (in termini di opportunità di tutela socio-sanitaria) fossero l'assistenza ospedaliera, quella domiciliare, l'assistenza extra-ospedaliera (salute mentale, dipendenze etc.), l'integrazione socio-sanitaria, l'equità e la comunicazione sanitaria.

La valutazione dell'organizzazione e degli esiti dell'assistenza ospedaliera e domiciliare è stata ritenuta una priorità soprattutto del *Management*, dai Professionisti Sanitari e dagli Utenti; invece, quella dell'assistenza specialistica ambulatoriale è stata ritenuta prioritaria soprattutto dalle Istituzioni e dagli Utenti.

La prevenzione è stata ritenuta elemento chiave dalle Istituzioni, il *Management* e gli Utenti, mentre l'emergenza-urgenza è stata ritenuta una priorità soprattutto dai Professionisti sanitari e dagli Utenti.

La elicitazione delle preferenze dei membri del *Panel* è stata effettuata su un *set* di 20 indicatori, 3 per le Dimensioni Equità, Innovazione, Economico-finanziaria e Sociale, e 4 per le Dimensioni Esiti ed Appropriatezza, estratti dall'*Expert Panel* da un *set* iniziale di 33 indicatori, proposti dai ricercatori del C.R.E.A. Sanità.

La Tabella seguente riporta i 20 indicatori che sono stati selezionati (in appendice sono disponibili le relative schede sintetiche descrittive).

DIMENSIONE	INDICATORE
Appropriatezza	Tasso di accessi al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde
	Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata
	Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell'anziano e <i>screening</i>)
	Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche
Economico-finanziaria	Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
	Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali
	Spesa sanitaria pubblica pro-capite: <i>gap</i> rispetto alla media EU
Equità	Quota mobilità passiva effettiva per DRG a bassa e media complessità
	Quota di prestazioni con priorità B (entro 10 giorni) eseguite nei tempi previsti
	Quota di persone che rinuncia a prestazioni sanitarie (motivi economici, distanza liste d'attesa, orari scomodi, etc.)
Esiti	Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti
	Indice di salute mentale
	Mortalità per infarto miocardico acuto a 30 giorni dal ricovero
	Speranza di vita senza limitazioni funzionali (<i>over 65</i> anni)
Innovazione	Tasso di attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico
	Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive
	Indice di implementazione rete oncologica
Sociale	Tasso di <i>over 75</i> anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale
	Tasso di persone deboli o a rischio (anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale
	Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari

A seguire si analizzano gli indicatori predisposti e poi selezionati, per singola dimensione.

Dimensione Appropriatezza

Sono stati proposti otto indicatori: “Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata”, “Tasso di accesso al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde”, “Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche”, “STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti dall’accesso nella struttura di ricovero/service”, “Tasso di *screening* cervicale, mammografico e colon-rettale”, “Tasso di copertura vaccinale a 24 mesi contro polio, morbillo e varicella”, “Tasso di copertura vaccinale contro l’influenza stagionale negli anziani”, “Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell’anziano e *screening*)”.

I primi due indicatori sono stati preselezionati in quanto, il primo rappresenta una misura dell’appropriatezza dell’assistenza domiciliare, il secondo rappresenta una misura dell’(in)appropriatezza di accesso al servizio di emergenza-urgenza ospedaliera. Il terzo è rappresentativo dell’appropriatezza extra-ospedaliera, in quanto implica la presa in carico in ambiente extra-ospedaliero dei pazienti affetti da patologie croniche. Il quarto della presa in carico delle patologie tempo-dipendenti (infarto, nello specifico). Il quinto, il sesto, il settimo e l’ottavo sono stati considerati indicativi del livello di adesione alle campagne di prevenzione (*screening* e coperture vaccinali).

Al fine di garantire una rappresentatività delle aree selezionate, è stato chiesto al *Panel* di selezionarne uno tra la coppia di alternative per l’assistenza extra-ospedaliera, uno tra le quattro alternative per l’area prevenzione.

Alla luce delle preferenze espresse dai componenti del *Panel* i quattro indicatori definitivamente selezionati per la Dimensione Appropriatezza sono stati:

- “Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell’anziano e *screening*)”
- “Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche”
- “Tasso di accessi al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde”
- “Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata”

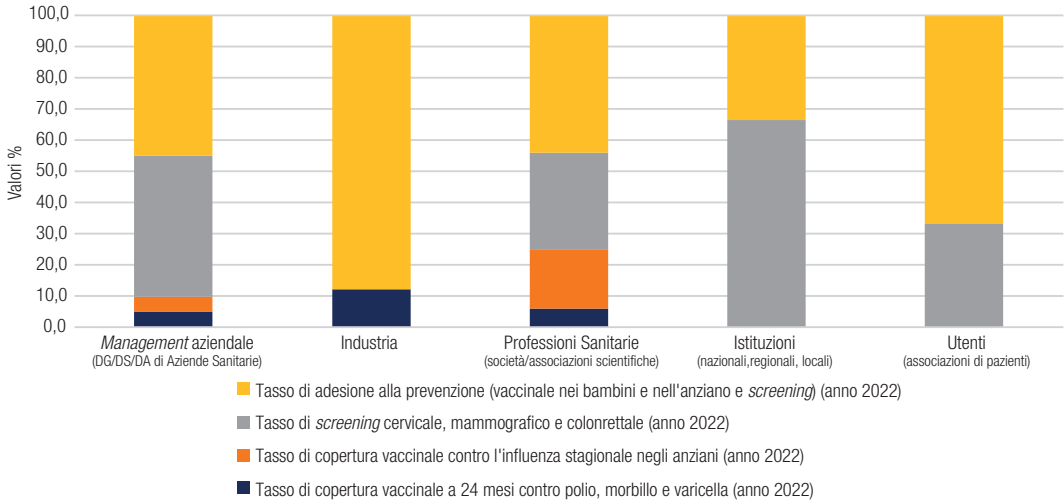
In particolare, il primo indicatore (Figura 1) è stato selezionato da:

- il 66,7% dei votanti della categoria Utenti
- il 33,3% della categoria Istituzioni
- il 43,8% della categoria Professioni Sanitarie
- il 45,0% della categoria *Management* aziendale
- l’87,5% dell’Industria Medica.

Il “Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche” (Figura 2) è stato selezionato da:

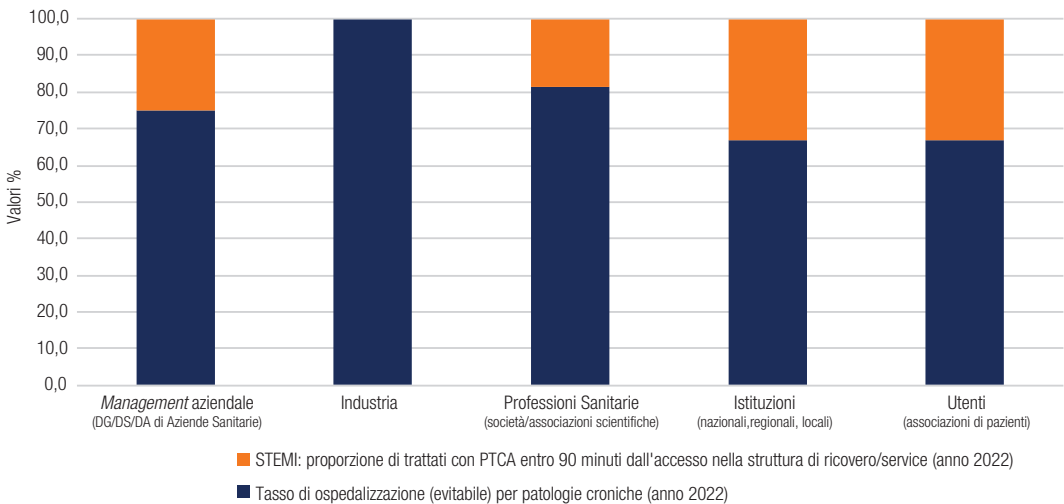
- il 66,7% dei votanti della categoria Utenti
- il 66,7% della categoria Istituzioni
- l’81,3% della categoria Professioni Sanitarie
- il 75,0% della categoria *Management* aziendale
- il 100,0% dell’Industria Medica.

Figura 1
Tasso di adesione alla prevenzione
(vaccinale nei bambini e nell'anziano e screening)
Distribuzione voti per categoria di stakeholder



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità - Selezione indicatori dell'Expert Panel

Figura 2
Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche
Distribuzione voti per categoria di stakeholder



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità - Selezione indicatori dell'Expert Panel

Dimensione Economico-finanziaria

Per quanto concerne la Dimensione Economico-finanziaria, sono stati proposti per la valutazione quattro indicatori: “Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata”, “Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali”, “Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata”, “Spesa sanitaria pubblica pro-capite: Gap rispetto alla media EU”.

I primi due indicatori sono stati preselezionati in quanto, il primo sintetizza la spesa sanitaria totale, standardizzata per tenere conto del fatto che i bisogni delle popolazioni non sono omogenei (età etc.), il secondo rappresenta l'onere sostenuto dai cittadini in rapporto ai loro consumi totali. Il terzo e il quarto sono rappresentativi dell'area “spesa pubblica”. Tra questi ultimi i componenti del *Panel* hanno selezionato quello considerato più rappresentativo.

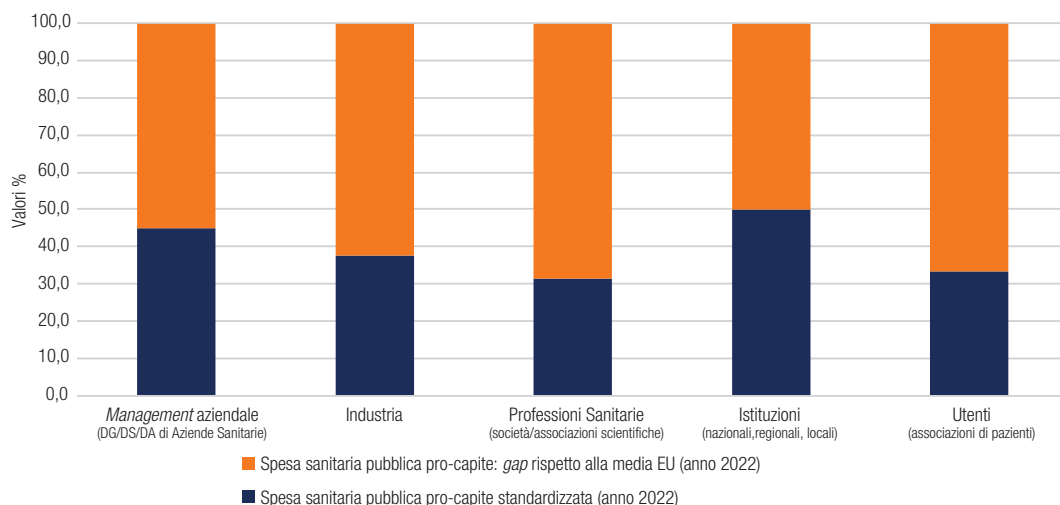
I tre indicatori definitivamente selezionati per la Dimensione Economico-finanziaria sono stati:

- “Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata”
- “Incidenza della spesa per consumi sanitari privati della famiglie sui consumi totali”
- “Spesa sanitaria pubblica pro-capite: *Gap* rispetto alla media EU”.

In particolare, l'indicatore “Spesa sanitaria pubblica pro-capite: *Gap* rispetto alla media EU,” selezionato tra la coppia di alternative proposte (Figura 3) è stato votato da:

- il 66,7% dei votanti della categoria Utenti
- il 50,0% della categoria Istituzioni
- il 68,8% della categoria Professioni Sanitarie
- il 55,0% della categoria *Management* aziendale
- il 62,5% dell'Industria Medica.

Figura 3
Spesa sanitaria pubblica pro-capite *Gap* rispetto alla media EU
Distribuzione voti per categoria di *stakeholder*



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità - Selezione indicatori dell'Expert Panel

Dimensione Equità

Per la Dimensione Equità sono stati sottoposti alla valutazione i seguenti quattro indicatori: “Quota di prestazioni con priorità B (entro 10 giorni) eseguite nei tempi previsti”, “Quota mobilità passiva effettiva per DRG a bassa e media complessità”, “Quota di persone che rinuncia a prestazioni sanitarie (motivi economici, distanza, liste d’attesa, orari scomodi, etc.)”, “Tasso di difficoltà di accesso ad alcuni servizi (farmacie, pronto soccorso, ufficio postale, etc.)” e “Quota di famiglie con disagio economico”.

Il primo è stato preselezionato in quanto rappresentativo del rispetto dei tempi di esecuzione delle prestazioni (urgenti), il secondo perché indicativo del livello di accesso, nella Regione di residenza, a prestazioni, di media e bassa complessità, che richiedono un ricovero ospedaliero. Il terzo, il quarto e il quinto rappresentano una misura dell’equità di accesso a servizi essenziali, sanitari e non, e una misura del disagio economico associato alle spese sanitarie in termini di rinuncia a sostenerle.-

È stato quindi chiesto al *Panel* di selezionare, tra gli ultimi tre proposti, quello ritenuto più rappresentativo per la misurazione dell’equità di accesso ai servizi.

I tre indicatori definitivamente selezionati per la Dimensione Equità sono stati:

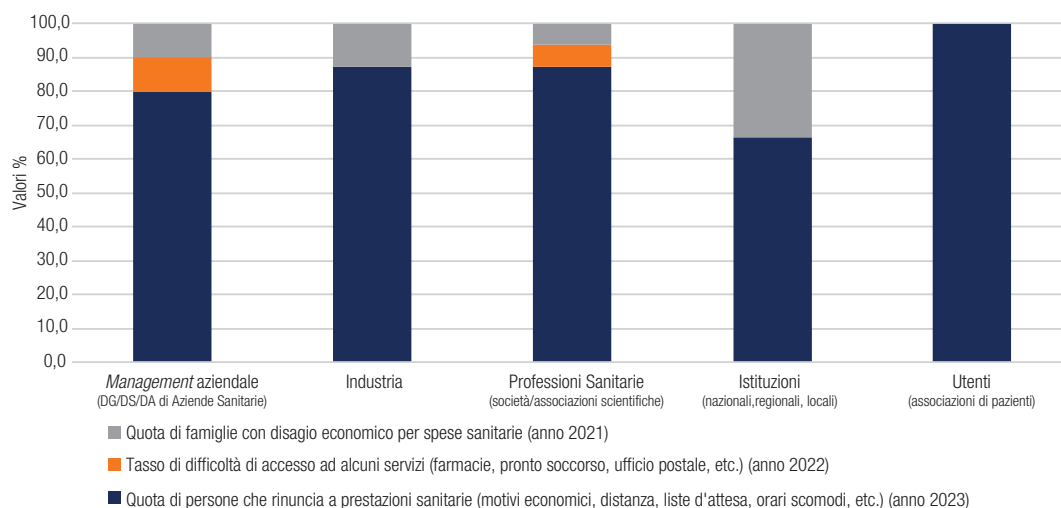
- “Quota di prestazioni con priorità B (entro 10 giorni) eseguite nei tempi previsti”
- “Quota mobilità passiva effettiva per DRG a bassa e media complessità”
- “Quota di persone che rinuncia a prestazioni sanitarie (motivi economici, distanza, liste d’attesa, orari scomodi, etc.)”.

“Opportunità di tutela della Salute: le Performance Regionali”

In particolare, l'indicatore “Quota di persone che rinuncia a prestazioni sanitarie (motivi economici, distanza, liste d'attesa, orari scomodi, etc.)”, scelto tra le tre alternative proposte (Figura 4) è stato votato da:

- il 100,0% dei votanti della categoria Utenti
- il 66,7% della categoria Istituzioni
- l'87,5% della categoria Professioni sanitarie
- l'80,0% della categoria *Management* aziendale
- l'87,5% dell'Industria medicale.

Figura 4
Quota di persone che rinuncia a prestazioni sanitarie
(per motivi economici, distanza, liste attesa, orari scomodi, etc.)
Distribuzione voti per categoria di stakeholder



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità - Selezione indicatori dell'Expert Panel

Dimensione Esiti

Per la Dimensione Esiti sono stati preselezionati sette indicatori: “Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti”, “Speranza di vita senza limitazioni funzionali (65+)”, “Tasso di persone con limitazioni gravi”, “Indice di salute mentale”, “Tasso di nuovi utenti in carico ai servizi di salute mentale”, “Mortalità per Infarto miocardico acuto a 30 giorni dal ricovero” e “Mortalità per Ictus ischemico a 30 giorni dal ricovero”.

Il primo indicatore è stato preselezionato per fornire una misura qualitativa dei comportamenti (abitudini e stili di vita: alimentazione, tabagismo, consumo di alcol, etc.) che sono finalizzati alla prevenzione; il secondo e il terzo sono rappresentativi degli Esiti ottenuti nell’area “disabilità”. Il quarto e il quinto vorrebbero essere rappresentativi dell’attenzione deputata al tema della salute mentale. Il sesto e il settimo sono indicativi nell’area della mortalità per patologie cardiovascolari e neurologiche.

Al *Panel* è stato chiesto di selezionarne uno tra il secondo e il terzo (entrambi relativi alla speranza di vita in buone condizioni), uno tra il quarto e il quinto, ed uno nell’ultima coppia (mortalità).

I quattro indicatori definitivamente selezionati per la Dimensione Equità sono stati:

- “Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti”
- “Indice di salute mentale”
- “Mortalità per Infarto miocardico acuto a 30 giorni dal ricovero”.
- “Speranza di vita senza limitazioni funzionali (*over 65 anni*)”.

In particolare, il primo indicatore selezionato nella coppia di alternative proposta, “Indice di salute mentale” (Figura 5) è stato selezionato da:

- il 57,0% dei votanti della categoria Utenti
- l’83,3% della categoria Istituzioni
- il 56,3% della categoria Professioni Sanitarie
- il 55,0% della categoria *Management* aziendale
- il 54,0% dell’Industria Medicale.

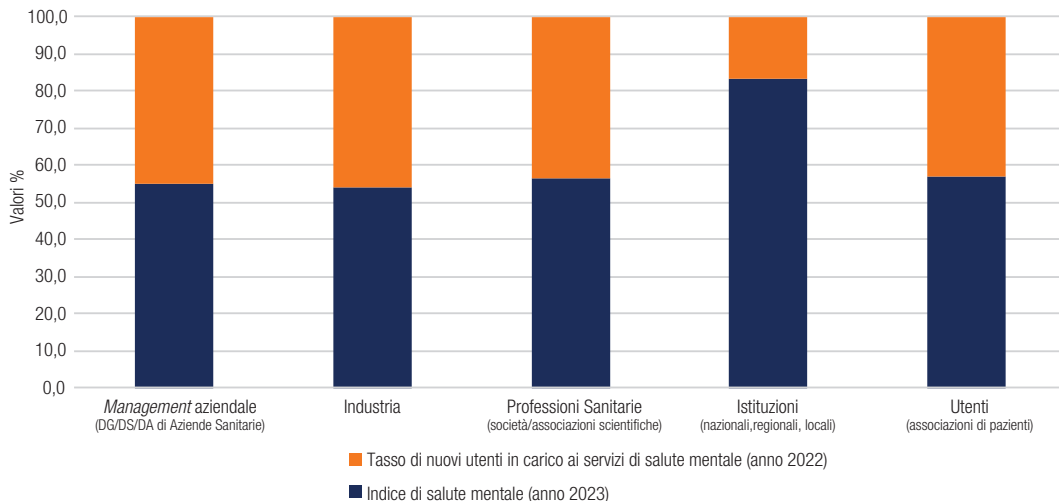
Il secondo indicatore, “Mortalità per Infarto miocardico acuto a 30 giorni dal ricovero” (Figura 6), è stato in particolare selezionato da:

- il 50,0% dei votanti della categoria Utenti
- l’83,3% della categoria Istituzioni
- il 68,8% della categoria Professioni Sanitarie
- il 55,0% della categoria *Management* aziendale
- l’87,5% dell’Industria Medicale.

Il terzo indicatore “Speranza di vita senza limitazioni funzionali (*over 65 anni*)” (Figura 7), risultato come secondo più votato nella coppia di alternative proposte, è stato scelto da:

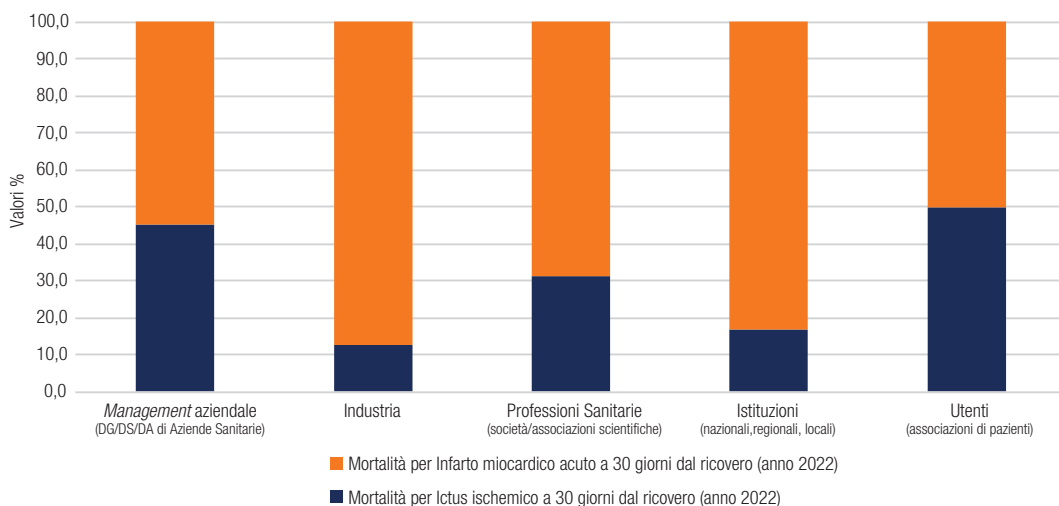
- l’83,3% dei votanti della categoria Utenti
- il 66,7% della categoria Istituzioni
- il 68,8% della categoria Professioni Sanitarie
- il 70,0% della categoria *Management* aziendale
- il 62,5% dell’Industria Medicale.

Figura 5
Indice di salute mentale
Distribuzione voti per categoria di stakeholder



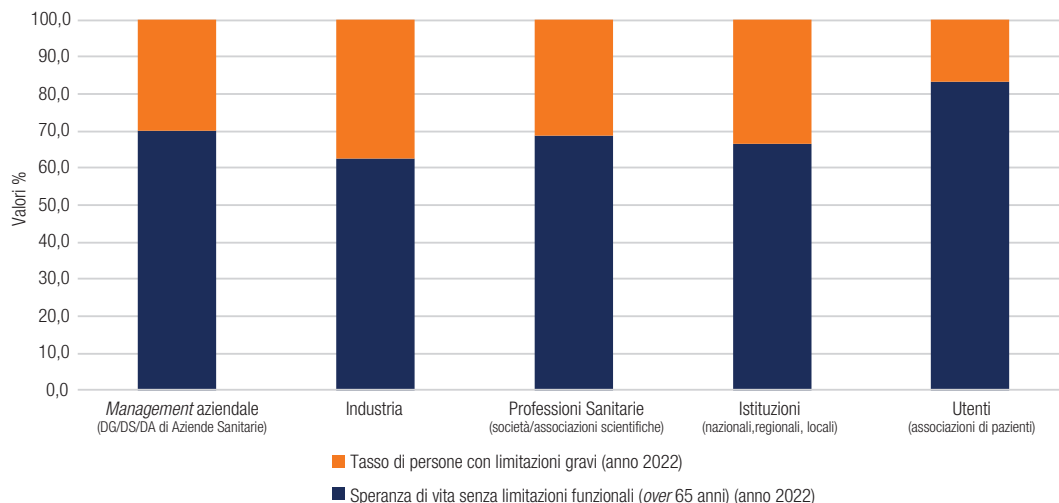
Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità - Selezione indicatori dell'Expert Panel

Figura 6
Mortalità per Infarto miocardico acuto a 30 giorni dal ricovero
Distribuzione voti per categoria di stakeholder



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità - Selezione indicatori dell'Expert Panel

Figura 7
Speranza di vita senza limitazioni funzionali (over 65 anni)
Distribuzione voti per categoria di stakeholder



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità - Selezione indicatori dell'Expert Panel

Dimensione Innovazione

Per la Dimensione Innovazione, sono stati preselezionati 5 indicatori: “Tasso di attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico”, “Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive”, “Indice di implementazione rete oncologica”, “Indice di implementazione reti tempo-dipendente” e “Tasso di pazienti dimessi non al domicilio”. I primi due indicatori sono stati preselezionati. Il primo per cogliere il livello di informatizzazione, misurata in termini di attuazione del FSE, il secondo l’innovazione tecnologica in campo chirurgico (approccio mininvasivo). Il terzo, il quarto e il quinto afferiscono sia all’assistenza extra-ospedaliera che a quella ospedaliera, risultando legati all’innovazione in ambito organizzativo (livelli di implementazione delle reti oncologiche, di quelle tempo-dipendenti e incidenza di casistica di dimessi dagli ospedali non al domicilio).

È stato quindi chiesto al *Panel* di selezionarne uno tra gli ultimi tre proposti.

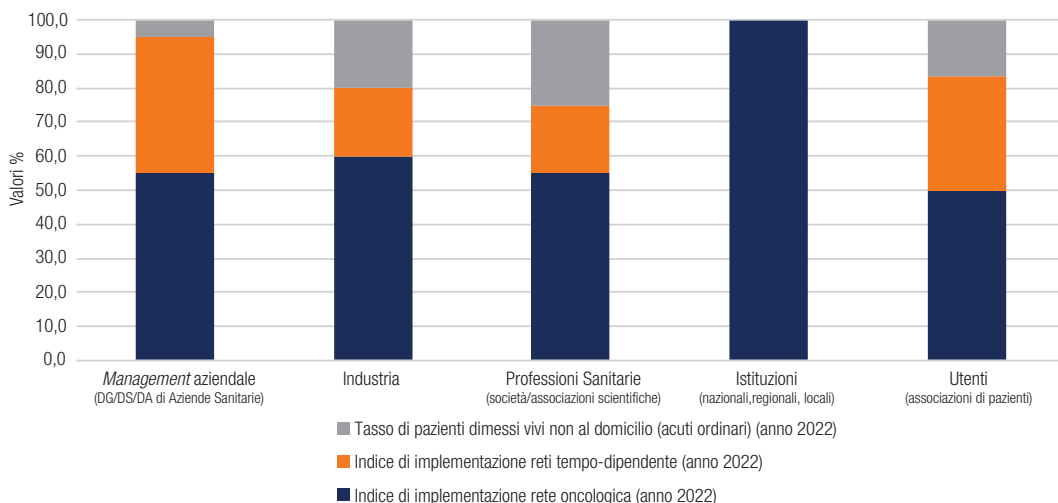
I tre indicatori definitivamente selezionati per questa Dimensione sono stati:

- “Tasso di attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico”
- “Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive”
- “Indice di implementazione rete oncologica”

In particolare, l’indicatore “Indice di implementazione rete oncologica” (Figura 8) selezionato tra le tre alternative proposte, è stato selezionato da:

- il 50,0% dei votanti della categoria Utenti
- il 100,0% della categoria Istituzioni
- il 55,0% della categoria Professioni Sanitarie
- il 55,0% della categoria *Management aziendale*
- il 60,0% dell’Industria Medica.

Figura 8
Indice di implementazione rete oncologica
Distribuzione voti per categoria di stakeholder



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità - Selezione indicatori dell'Expert Panel

Dimensione Sociale

Per la Dimensione Sociale, sono stati proposti per la selezione sei indicatori: “Tasso di Ambiti Territoriali per Distretto sanitario”, “Tasso di *over 75* non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale”, “Tasso di assistenti sociali di Ambito Territoriale”; “Tasso di persone deboli o a rischio (anziani e poveri) che ricevono interventi per l’integrazione sociale”, “Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari”, “Tasso di persone disabili e/o anziani, che ricevono *voucher*, assegni di cura, buoni socio-sanitari”.

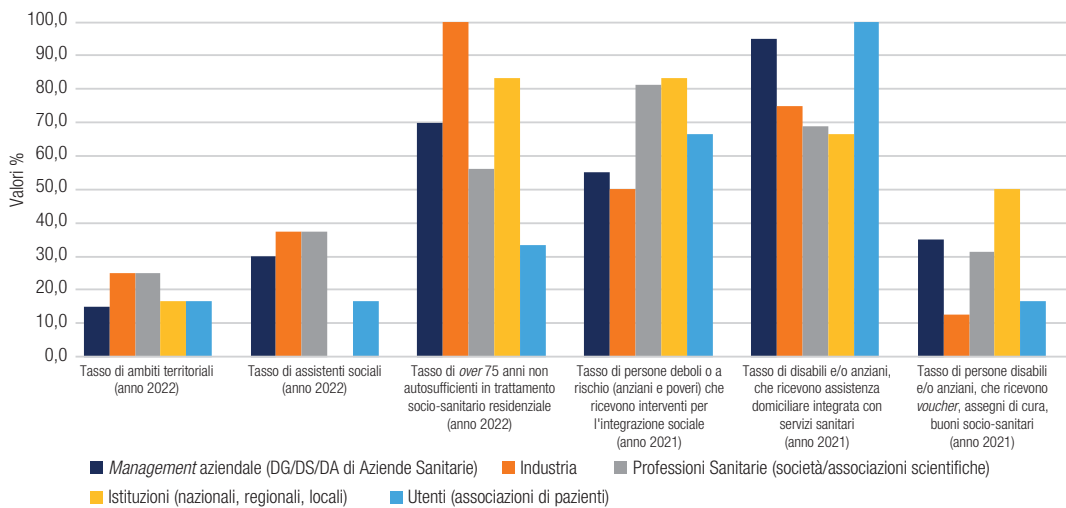
Il primo indicatore vorrebbe essere rappresentativo del livello di integrazione tra sanità e sociale; il secondo del ricorso alla assistenza socio-sanitaria residenziale per anziani non autosufficienti; il terzo di una misura del livello di offerta di assistenti sociali negli ambiti territoriali; il quarto, del “livello”, misurato in termini di utenti, dell’integrazione sociale garantita dagli Enti Locali per i soggetti deboli o a rischio; il quinto, del livello di assistenza domiciliare erogato dai Comuni; infine, il quinto esprime l’entità delle erogazioni di sostegni economici verso disabili e/o anziani.

È stato quindi chiesto al *Panel* di selezionarne tre tra i sei proposti. I primi tre più votati sono stati:

- “Tasso di *over 75* anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale”
- “Tasso di persone deboli o a rischio (anziani e poveri) che ricevono interventi per l’integrazione sociale”

Figura 9

Tasso di over 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale”; Tasso di persone deboli o a rischio (affetti da dipendenze, anziani e poveri) che ricevono interventi per l’integrazione sociale; Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari
Distribuzione voti per categoria di stakeholder



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità - Selezione indicatori dell'Expert Panel

- “Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari”.

Il primo indicatore “Tasso di persone deboli o a rischio (anziani e poveri) che ricevono interventi per l’integrazione sociale” (Figura 9), *over 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale*” (Figura 9), risultato il più votato tra le sei alternative proposte è stato votato da:

- il 33,3% dei votanti della categoria Utenti
- l’83,3% della categoria Istituzioni
- il 56,3% della categoria Professioni Sanitarie
- il 70,0% della categoria *Management aziendale*
- il 100,0% dell’Industria Medica.

Il secondo indicatore, “Tasso di persone deboli o a rischio (anziani e poveri) che ricevono interventi per l’integrazione sociale” risultato il secondo più votato tra le sei alternative proposte, è stato votato da:

- il 66,7% dei votanti della categoria Utenti
- l’83,3% della categoria Istituzioni
- l’81,3% della categoria Professioni Sanitarie

- il 55,0% della categoria *Management* aziendale
- il 50,0% dell'Industria Medicale.

Il terzo indicatore, “Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari”, ovvero il terzo più votato tra le sei alternative proposte, è stato votato da:

- Il 100,0% dei votanti della categoria Utenti
- Il 66,7% della categoria Istituzioni
- Il 68,8% della categoria Professioni Sanitarie
- Il 95,0% della categoria *Management* aziendale
- Il 75,0% dell'Industria Medicale.

3.2. Le funzioni di valore degli indicatori

La “funzione di valore” (o “utilità”) degli indicatori è stata costruita mediante un processo di elicitazione delle preferenze dei membri al *Panel*, relativamente alle determinazioni degli indicatori stessi.

Si noti che in base a tali funzioni il “valore” (“utilità”) delle determinazioni degli indicatori non è necessariamente proporzionale al loro valore numerico: per esemplificare, un raddoppio o un dimezzamento del valore assunto dalla determinazione di un indicatore non necessariamente corrisponde ad un raddoppio o dimezzamento del suo contributo alla *Performance*.

Ogni componente del *Panel* ha attribuito un livello di utilità, espressa in una scala 0-1, dove 0 equivale a utilità nulla, ovvero nessun apporto alla *Performance*, e 1 (utilità massima e quindi massimo apporto alla *Performance*), a otto determinazioni di ogni indicatore, scelte in corrispondenza del valore dell'indicatore “migliore” e “peggiore” (nazionale) e in 6 punti intermedi equi-distanziati.

Il processo di elicitazione è avvenuto avvalendosi di un *software web-based* appositamente sviluppato da C.R.E.A. Sanità.

Di seguito si analizzano le funzioni “valore” per ognuno dei 20 indicatori selezionati.

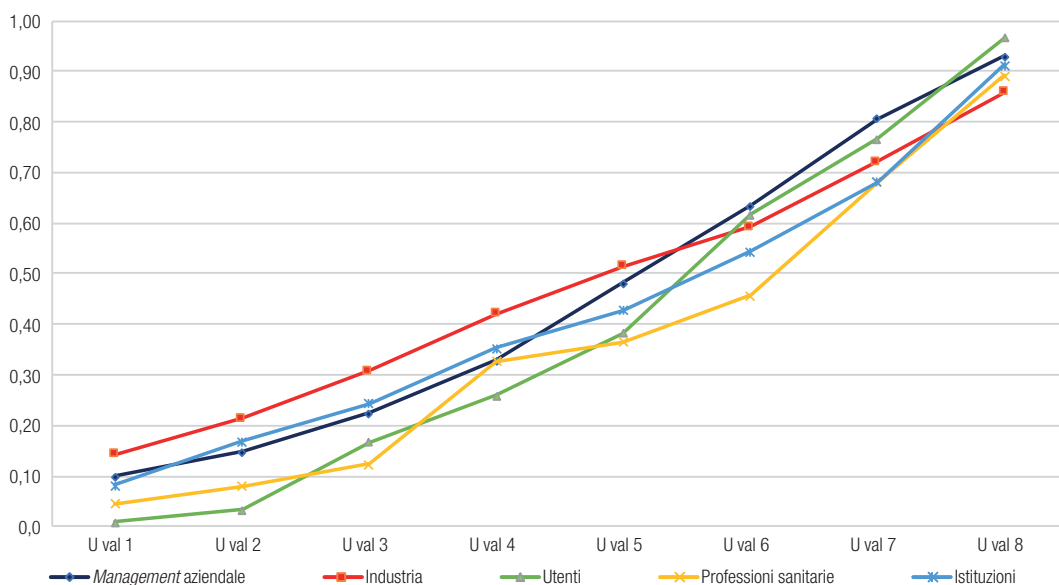
Dimensione Appropriatezza

La funzione “valore” dell’indicatore “Tasso di accessi al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde” (Figura 10) assume un andamento lineare per tutte le Categorie di *stakeholder*.

Utenti e Professioni sanitarie associano un contributo alla *Performance* pressoché nullo in prossimità dei valori peggiori dell’indicatore; le restanti categorie un livello di *Performance* nel range 10-15% di quella massima.

Il valore migliore nazionale è associato, per tutte le categorie, ad un livello di contributo alla *Performance* intorno all’75-85% di quella massima possibile.

Figura 10
Tasso di accessi al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde
Funzione di “valore” per Categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

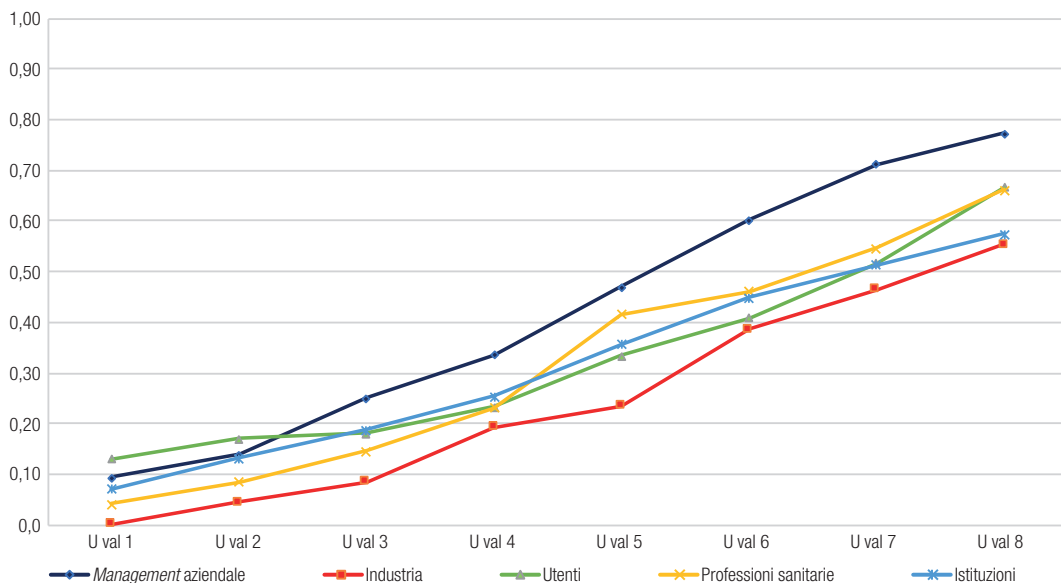
“Opportunità di tutela della Salute: le Performance Regionali”

La funzione “valore” dell’indicatore “Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata” (Figura 11) assume un andamento lineare per quasi tutte le Categorie ad esclusione del *Management* aziendale, per il quale si evidenzia l’attribuzione di una utilità marginale decrescente nella seconda metà della distribuzione.

Industria e Professioni sanitarie associano un contributo alla *Performance* pressoché nullo in prossimità dei valori peggiori dell’indicatore; le altre categorie intorno al 10% della massima possibile.

Il valore migliore nazionale è associato ad un livello di contributo alla *Performance* intorno al 55-65% di quella massima possibile per tutte le Categorie, ad eccezione del *Management* aziendale, che gli attribuisce un livello pari a quasi l’80%.

Figura 11
Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata
Funzione di “valore” per Categoria



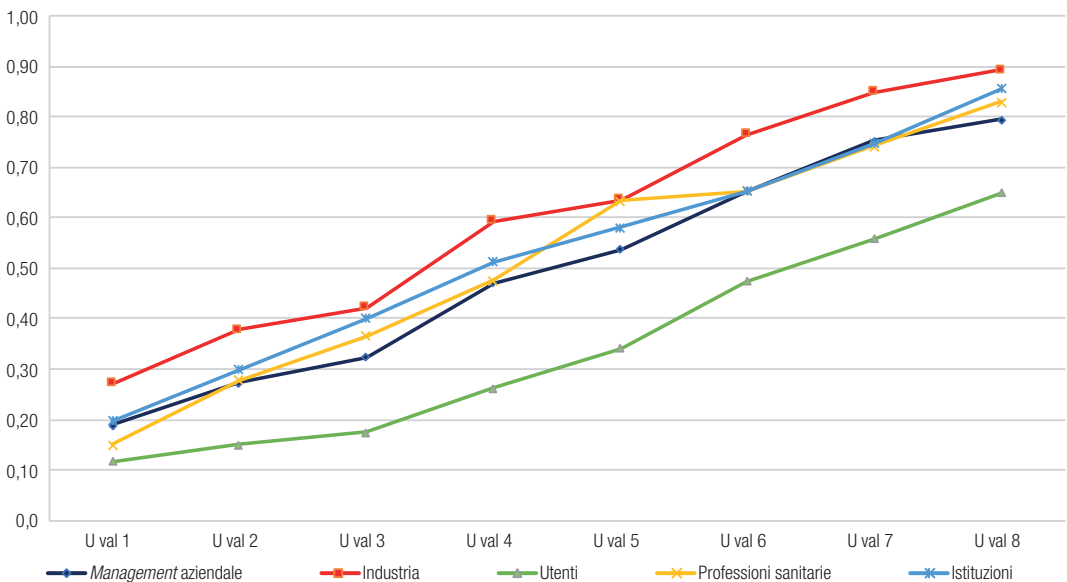
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

Per l'indicatore "Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell'anziano, e *screening*)" (Figura 12), per quasi tutte le categorie la funzione ha un andamento lineare: ai miglioramenti in termini di coperture vaccinali o adesione agli *screening* sono associati miglioramenti proporzionali di *Performance*; solo per la categoria Utenti si evidenzia l'attribuzione di una utilità marginale decrescente nel primo terzo della distribuzione.

Professioni Sanitarie e Industria tendono a "penalizzare" la *Performance* nei casi di livelli di adesione regionale agli *screening* prossimi a quelli più bassi registrati a livello nazionale.

Per questo indicatore si registra, per quasi tutte le Categorie, l'attribuzione di una "sufficienza" per i valori che raggiungono i livelli migliori nazionali; una maggiore soddisfazione per questi ultimi livelli, che sfiora l'80%, si registra per i rappresentanti del *Management* aziendale.

Figura 12
Tasso di adesione alla prevenzione
(vaccinale nei bambini e nell'anziano, e *screening*)
Funzione di "valore" per Categoria



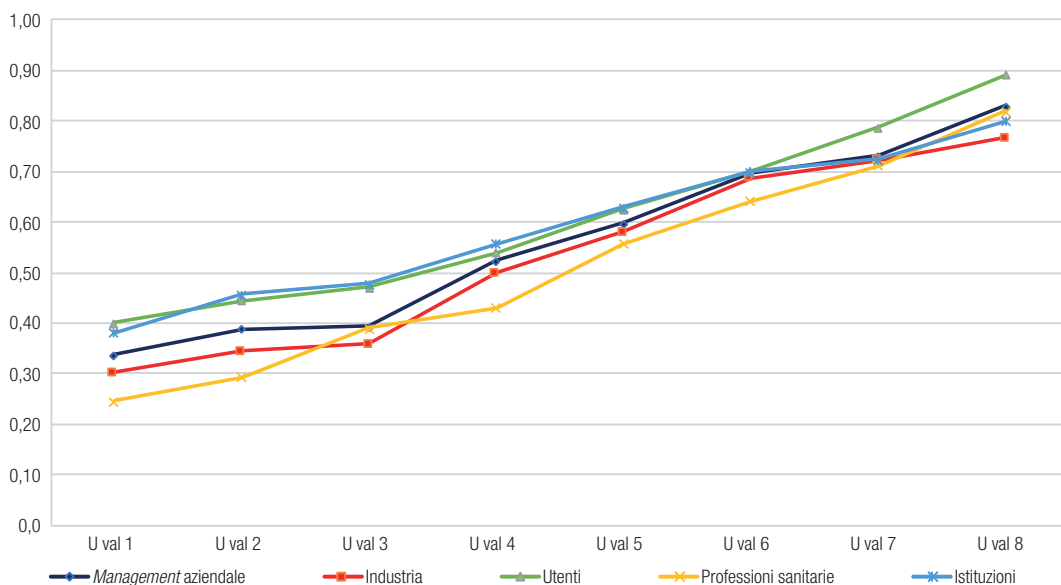
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

“Opportunità di tutela della Salute: le Performance Regionali”

La funzione “valore” dell’indicatore “Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche” (Figura 13) assume un andamento lineare per quasi tutte le Categorie ad esclusione del *Management* aziendale e dell’*Industria*, per i quali si evidenzia l’attribuzione di una utilità marginale decrescente nel primo e ultimo terzo della distribuzione.

Per gli Utenti il valore migliore nazionale è associato ad un livello di contributo alla *Performance* intorno al 90% di quello massimo possibile; per tutte le altre Categorie si attesta ad un livello compreso tra il 75 e il 90%.

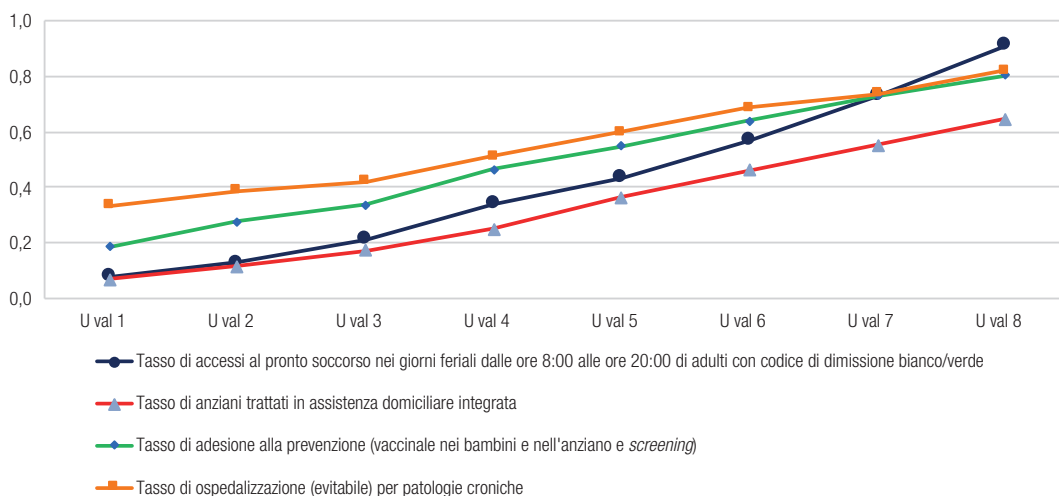
Figura 13
Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche
Funzione di “valore” per Categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

Complessivamente le funzioni di utilità degli indicatori della Dimensione Appropriata (Figura 14) implicano un contributo alla *Performance* che, in generale, si dimostra sostanzialmente lineare ma, nella prima metà delle distribuzioni, ovvero in prossimità dei livelli peggiori, presenta una utilità marginale decrescente per l'indicatore sull'ospedalizzazione per le patologie croniche e sull'assistenza domiciliare. In particolare, in corrispondenza anche del valore massimo di quest'ultimo, il livello di *Performance* supera di poco la sufficienza.

Figura 14
Dimensione Appropriata
Funzione di “valore” per indicatore



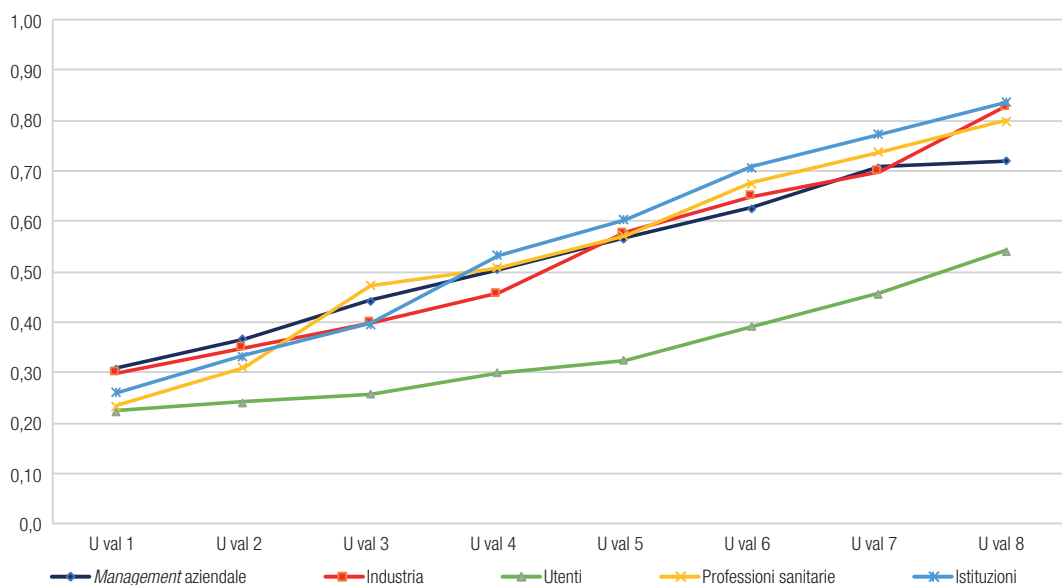
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

Dimensione Economico-finanziaria

Nella Dimensione Economico-finanziaria, la funzione di “valore” relativa all’indicatore “Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata” (Figura 15), presenta un andamento dell’Utilità sostanzialmente lineare, ad eccezione che per gli Utenti che gli attribuiscono una utilità marginale decrescente nella prima metà della distribuzione.

Livelli di spesa totale prossimi a quello peggiore (valore massimo) sono associati ad una *Performance* pari al 20-30% di quella massima possibile. Simmetricamente il contributo massimo alla *Performance* raggiungibile con gli attuali valori di spesa, non raggiunge il 60% di quella massima possibile per gli Utenti, e nel *range* 70-80% per le altre Categorie.

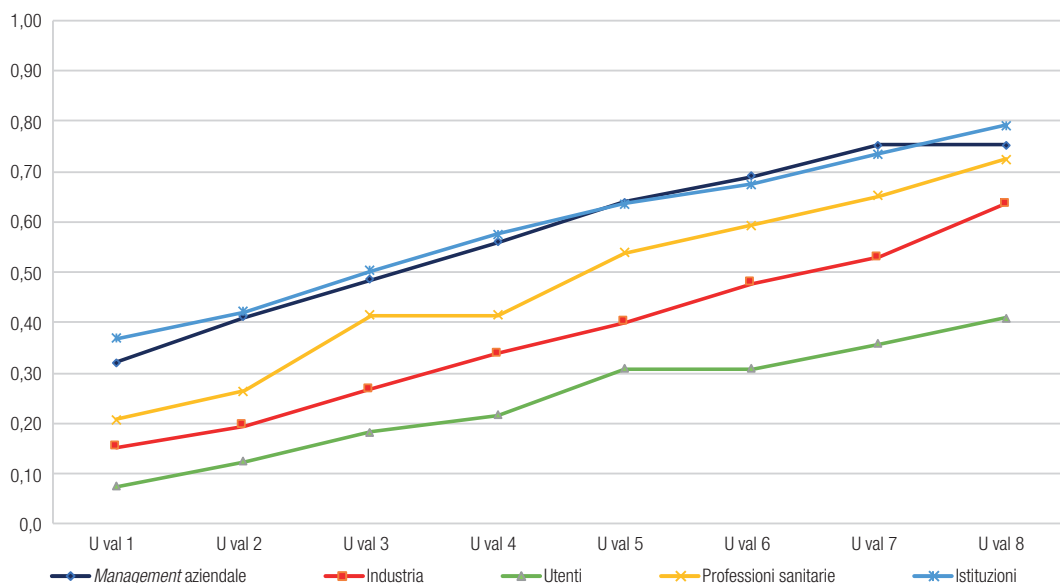
Figura 15
Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
Funzione di “valore” per Categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

Il secondo indicatore della Dimensione Economico-finanziaria, l'“Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali” (Figura 16), presenta una utilità marginale decrescente nella seconda metà della distribuzione per gli Utenti ed il *Management* aziendale; le restanti categorie attribuiscono alla funzione un andamento lineare. *Management* aziendale, Istituzioni e Professioni sanitarie associano all'indicatore un livello maggiore di contributo alla *Performance*, pari al 70-80% del massimo ottenibile; per l'Industria il livello massimo è di circa il 65%. Gli Utenti invece attribuiscono a quest'ultimo valore un livello di *Performance* che raggiunge appena il 40%.

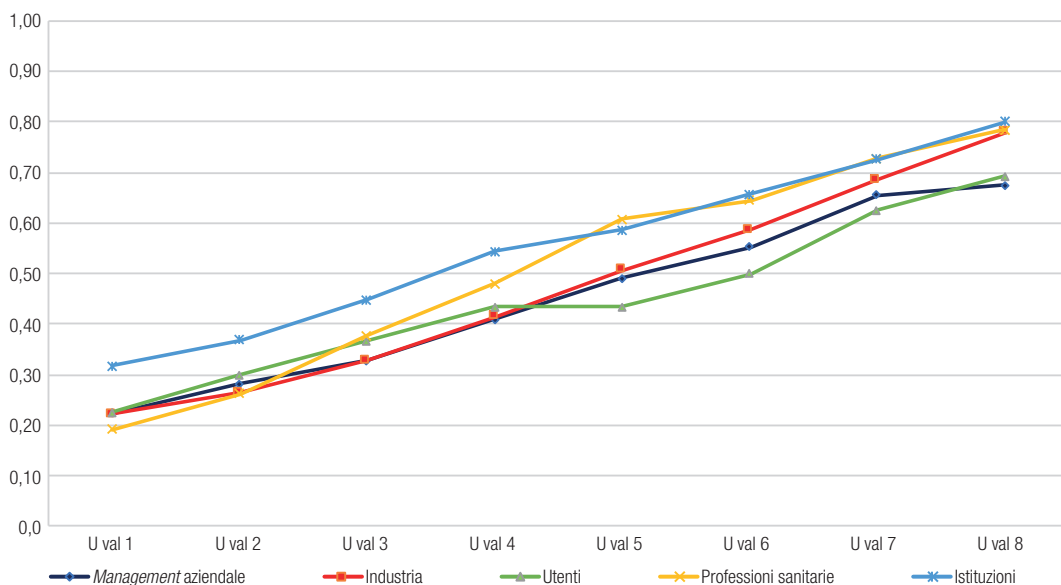
Figura 16
Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali
Funzione di “valore” per Categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

Il terzo indicatore della Dimensione Economico-finanziaria, “Spesa sanitaria pubblica pro-capite: *gap* rispetto alla media EU” (Figura 17), presenta un andamento dell'utilità lineare; fanno eccezione a questa valutazione quella del *Management* aziendale e degli Utenti, che gli attribuiscono una utilità marginale decrescente nella seconda metà della distribuzione. Tali categorie associano all'indicatore un livello inferiore di contributo alla *Performance*, che sfiora il 70% del massimo ottenibile; per le restanti Categoria il livello massimo è di circa l'80%.

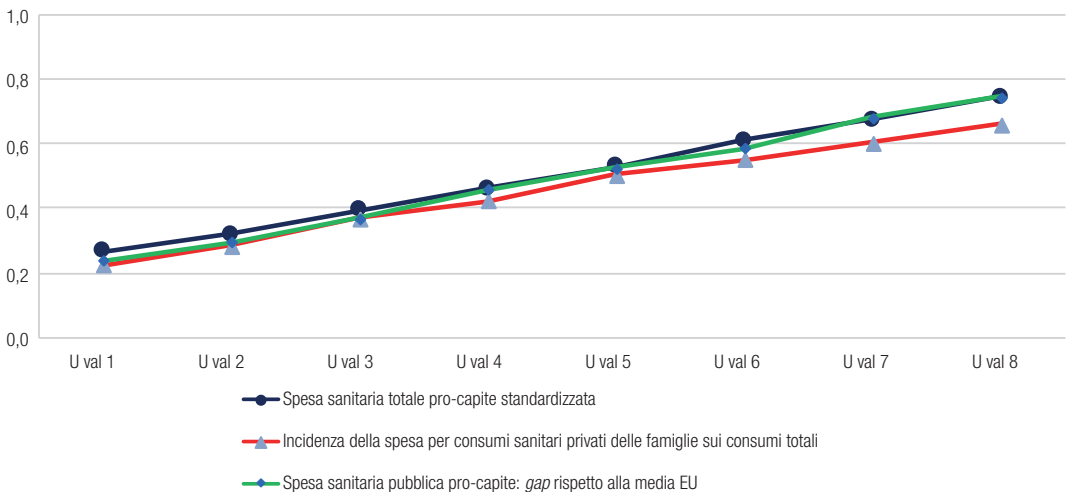
Figura 17
Spesa sanitaria pubblica pro-capite: *gap* rispetto alla media EU
Funzione di “valore” per Categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

In sintesi, agli indicatori della Dimensione Economico-finanziaria (Figura 18) viene generalmente associato un andamento sostanzialmente lineare, con miglioramenti modesti del contributo alla *Performance* passando dal valore peggiore al migliore registrato regionalmente dell'indicatore: il valore migliore comunque è associato a livelli di *Performance* non del tutto soddisfacenti; in particolare, in corrispondenza del valore rappresentativo del carico di spesa sanitaria sulle famiglie, il livello massimo di *Performance* non raggiunge mai il 60% del valore massimo.

Figura 18
Dimensione Economico-finanziaria
Funzione di “valore” per indicatore



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

Dimensione Equità

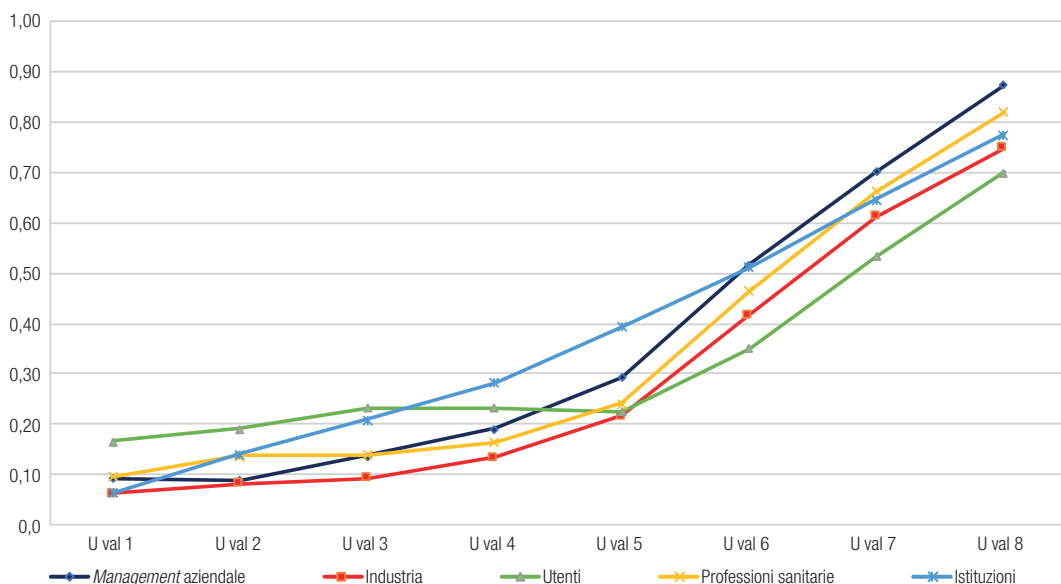
La funzione di valore elicitata per l'indicatore “Quota mobilità passiva effettiva per DRG a bassa e media complessità” (Figura 19) risulta omogenea fra le diverse Categorie di *stakeholder*: per valori prossimi a quello peggiore registrato, il contributo alla *Performance* assegnato risulta inferiore al 10% del massimo contributo possibile, implicando che si tratta di valori considerati sostanzialmente “inaccettabili”.

Per tutte le Categorie nella prima metà della distribuzione si assume una Utilità marginale decrescente dell'indicatore: l'incremento è più che proporzionale a quello del contributo alla *Performance*.

Per quest'indicatore da parte degli Utenti si registra una “aspettativa” di miglioramento, dato che al valore regionale migliore associano un valore che si ferma al 70% della *Performance* massima. Le restanti categorie agli attuali valori migliori attribuiscono un livello di *Performance* nel range 75-85% di quella massima possibile.

Figura 19

Quota mobilità passiva effettiva per DRG a bassa e media complessità Funzione di “valore” per Categoria

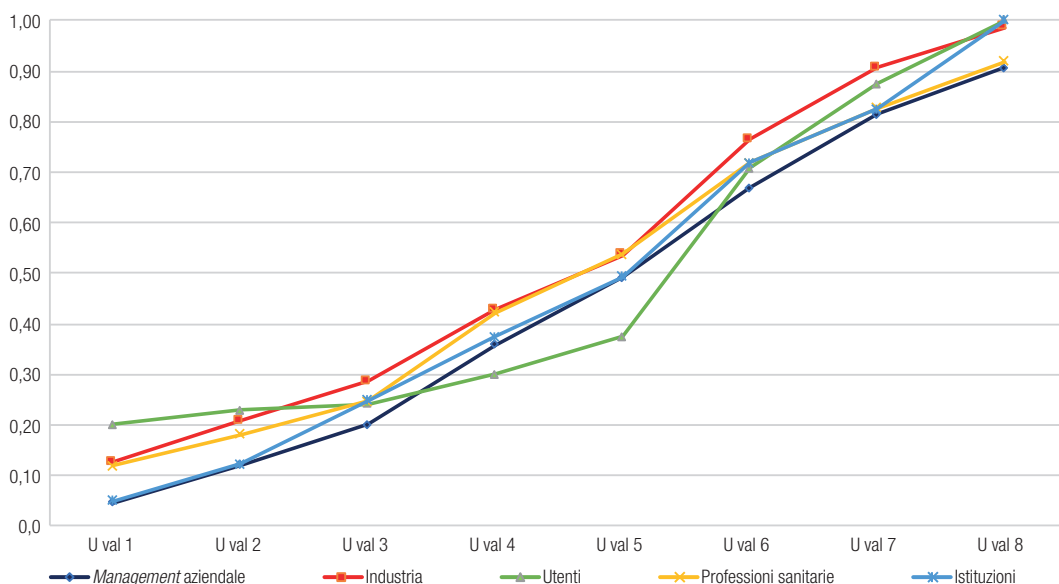


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

Al secondo indicatore della Dimensione Equità, “Quota di prestazioni con priorità B (entro 10 giorni) eseguite nei tempi previsti” (Figura 20), ad eccezione degli Utenti, tutte le categorie associano miglioramenti di *Performance* proporzionali al miglioramento dell'indicatore per la prima metà della distribuzione e una utilità marginale decrescente nella seconda metà. Per la categoria degli Utenti la funzione assume un andamento della utilità sigmoideale: miglioramenti per valori prossimi a quello peggiore o a quello migliore non comportano un miglioramento in termini di *Performance*.

Quasi tutte le categorie si ritengono pienamente “soddisfatte” dai valori migliori dell'indicatore registrati a livello nazionale: Professioni Sanitarie e *Management* aziendale ritengono invece che ci siano ulteriori margini di miglioramento (al valore migliore si associa un contributo alla *Performance* pari a circa il 90% di quella massima possibile).

Figura 20
Quota di prestazioni con priorità B (entro 10 giorni)
eseguite nei tempi previsti
Funzione di “valore” per Categoria



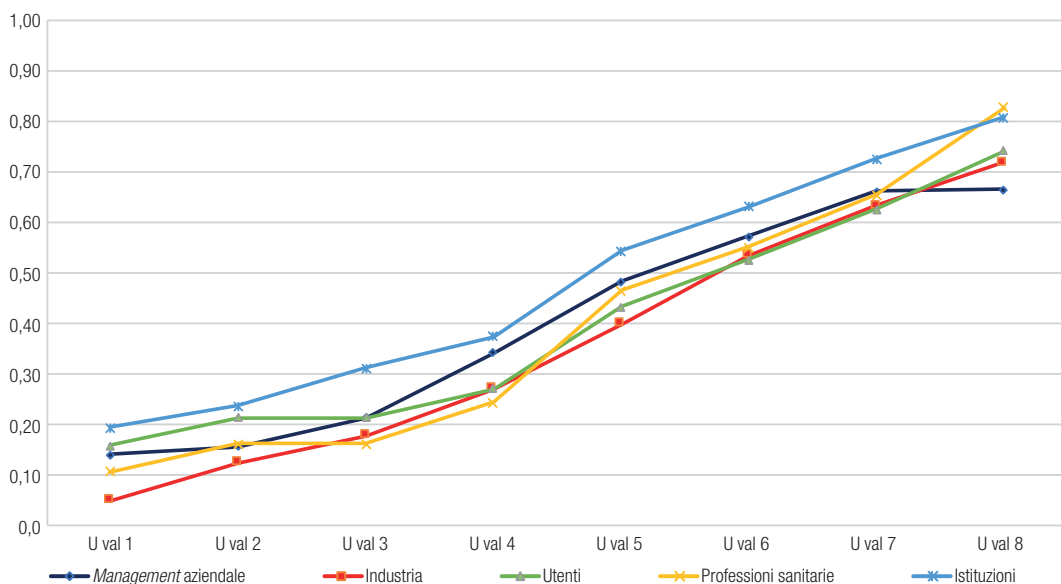
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

“Opportunità di tutela della Salute: le *Performance* Regionali”

Per l'indicatore “Quota di persone che rinuncia a prestazioni sanitarie (motivi economici, distanza, liste d'attesa, orari scomodi, etc.)” (Figura 21), in corrispondenza dei valori prossimi al livello nazionale peggiore, si registra l'attribuzione di un basso contributo alla *Performance*, per tutte le Categorie ad eccezione delle Istituzioni: per questa ultima anche il livello più alto di rinunce è parzialmente accettabile (20% della *Performance* massima); al diminuire dell'incidenza delle rinunce si registra un miglioramento dell'indicatore che, nell'ultimo terzo della distribuzione, risulta più che proporzionale rispetto al livello di *Performance* attribuito (per tutte le Categorie ad eccezione del *Management* aziendale, per il quali si osserva un andamento con utilità marginale decrescente nell'ultimo terzo della distribuzione).

Per gli Utenti e l'Industria, il valore “migliore” riscontrato a livello nazionale è associato ad un livello di *Performance* che non supera il 70% della *Performance* massima; per le Professioni Sanitarie e le Istituzioni vengono raggiunti livelli prossimi all'80%; per il *Management* aziendale, in corrispondenza del valore migliore nazionale, si raggiunge un livello di *Performance* pari al 65% di quella massima.

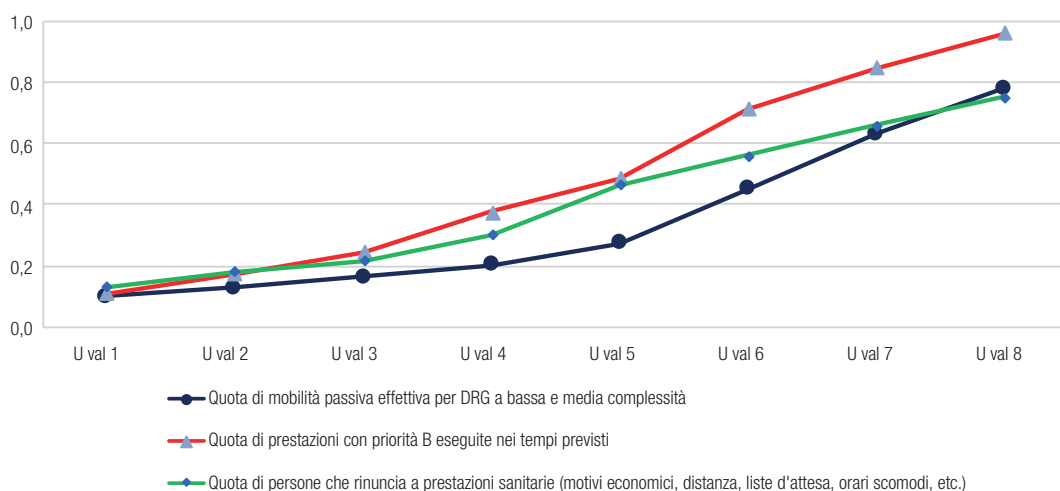
Figura 21
Quota di persone che rinuncia a prestazioni sanitarie
(motivi economici, distanza, liste d'attesa, orari scomodi, etc.)
Funzione di “valore” per Categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

Complessivamente, per la Dimensione Equità (Figura 22) si registrano funzioni di valore che tendono a descrivere un atteggiamento di “stigma” nei casi con i risultati peggiori, ovvero verso le situazioni di maggiore iniquità; ed anche una soddisfazione limitata per i valori migliori che si registrano a livello nazionale, ad eccezione dell'indicatore sull'accesso, nei tempi previsti, alle prestazioni con priorità (entro 10 giorni), il quale fa registrare un livello di *Performance* in corrispondenza del valore migliore pari a quasi il 100% di quello massimo.

Figura 22
Dimensione Equità
Funzione “valore” per indicatore



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

Dimensione Esiti

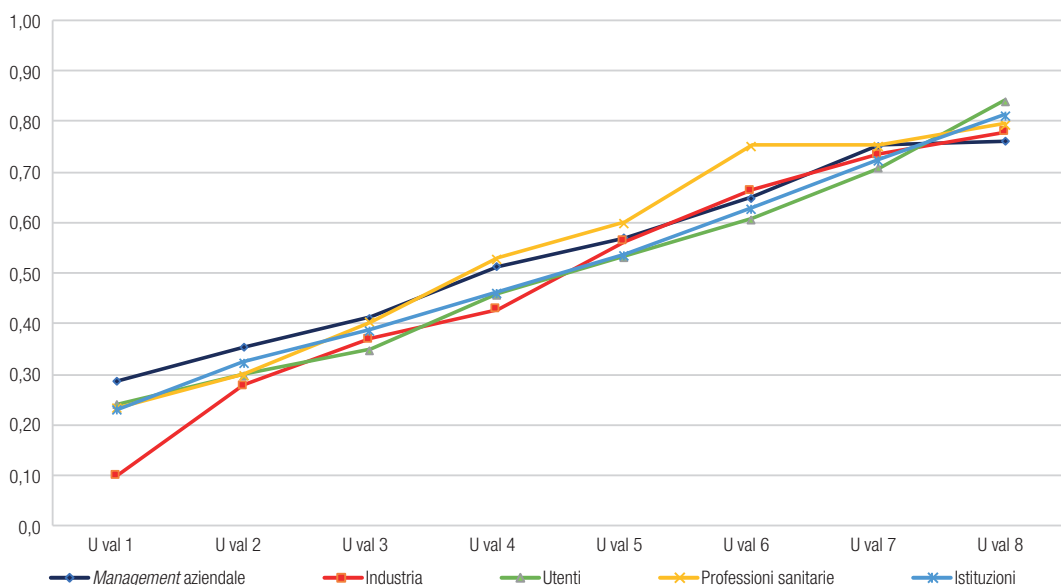
Nella Dimensione Esiti, l'andamento della funzione di “valore” dell'indicatore “Speranza di vita senza limitazioni funzionali (over 65 anni)” (Figura 23) risulta pressoché lineare (indicando un contributo alla Performance proporzionale alle determinazioni dell'indicatore) per tutte le Categorie.

Per le Professioni Sanitarie si evidenzia una utilità marginale decrescente nell'ultimo terzo della distribuzione.

Il valore regionale peggiore riscontrato sul territorio nazionale è ritenuto abbastanza “accettabile” da quasi tutte le Categorie, ad eccezione dell'Industria, che vi associa una Performance pari rispettivamente al 25% di quella massima.

Nonostante l'andamento crescente delle funzioni, gli *stakeholders* manifestano una residua “insoddisfazione” anche in corrispondenza del migliore valore di speranza di vita senza limitazioni funzionali registrato in Italia: complessivamente tutte le Categorie ritengono che il valore “migliore” dell'indicatore sia associato ad un livello di contributo alla Performance intorno all'80% di quella massima possibile.

Figura 23
Speranza di vita senza limitazioni funzionali (over 65 anni)
Funzione di “valore” per Categoria



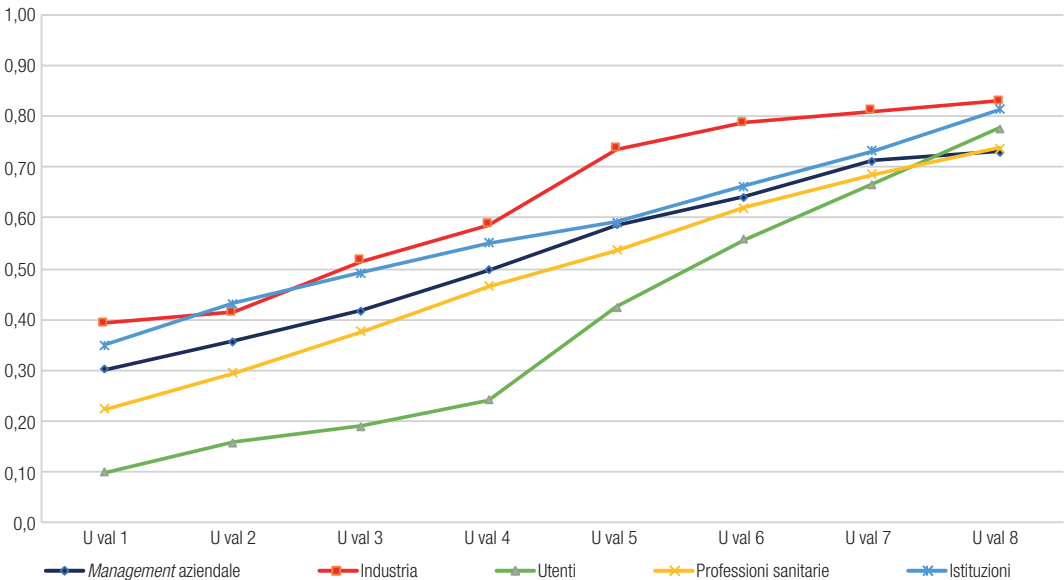
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

L'indicatore "Indice di salute mentale" (Figura 24) è associato a contributi in termini di *Performance* proporzionali rispetto all'aumento del livello dell'indicatore per quasi tutte le Categorie, ad eccezione di Utenti e Industria. I primi attribuiscono alle determinazioni dell'indicatore una utilità decrescente nella prima metà della distribuzione, con miglioramenti più che proporzionali nella seconda metà; i rappresentanti dell'Industria invece assumono una utilità marginale decrescente nella seconda metà della distribuzione.

In generale, si evidenzia come da parte del *Panel* ci sia l'auspicio di un aumento del livello di salute mentale: in particolare, il *Management* e le Professioni sanitarie associano al valore migliore nazionale un livello di *Performance* pari rispettivamente al 72% di quella massima, con una parziale accettazione dei valori peggiori (30% della *Performance* massima per i primi e 22% per i secondi).

I rappresentanti degli Utenti ritengono poco "accettabili" (10% della *Performance* massima) i livelli dell'indicatore prossimi a quello peggiore nazionale. Industria e Istituzioni associano anche al valore peggiore un buon livello di *Performance* (40% della massima).

Figura 24
Indice di salute mentale
Funzione di "valore" per Categoria

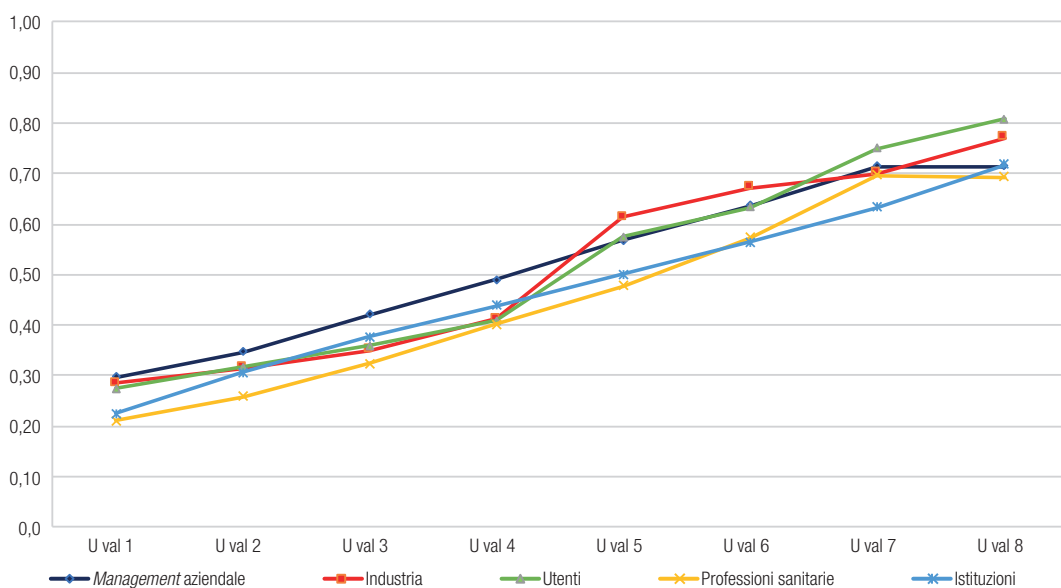


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

“Opportunità di tutela della Salute: le Performance Regionali”

L'andamento della funzione di valore dell'indicatore “Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti” (Figura 25) è sostanzialmente lineare per tutte le Categorie, ad eccezione dell'Industria che gli associa una funzione di valore sigmoideale, ovvero nel primo e ultimo terzo della distribuzione i miglioramenti in termini di *Performance* sono meno che proporzioni a quelli del valore dell'indicatore. Si osserva un generale auspicio di addivenire ad un miglioramento degli stili di vita: Utenti e Industria sembrano essere i più soddisfatti dei livelli attuali, associando un livello di *Performance* pari all'80% di quella massima ai valori migliori dell'indicatore; per le restanti Categorie i livelli di *Performance* oscillano intorno al 70% del valore massimo possibile. Si osserva, anche rispetto alla precedente edizione, una maggiore consapevolezza, soprattutto negli Utenti, dell'importanza dell'adozione di stili di vita corretti per realizzare una effettiva tutela socio-sanitaria dei cittadini.

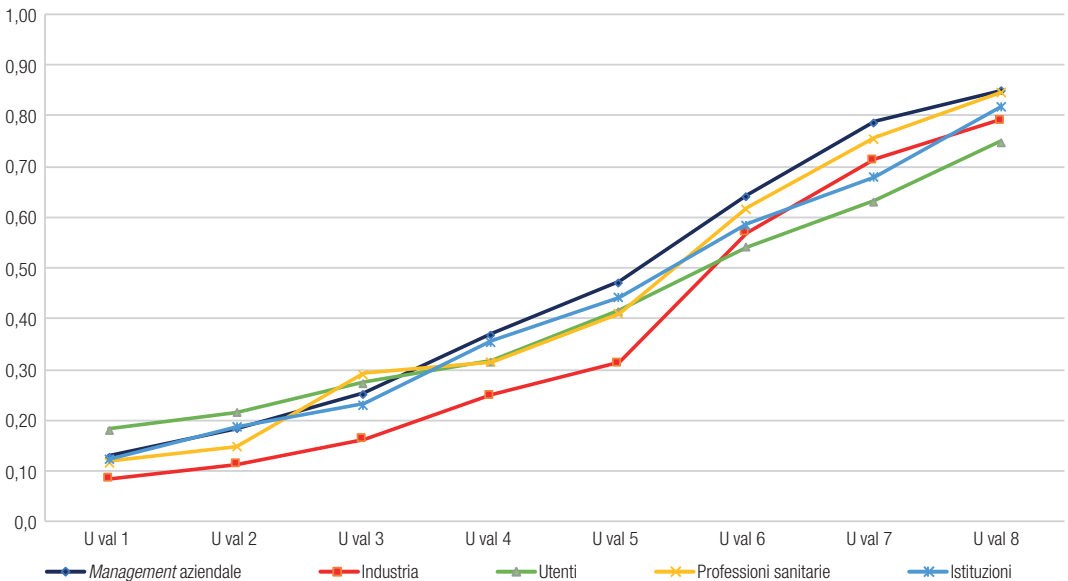
Figura 25
Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti
Funzione di “valore” per Categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

L'andamento della funzione di valore dell'indicatore "Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero" (Figura 26) presenta un andamento sigmoideale per quasi tutte le Categorie ad eccezione di Utenti e Istituzioni per i quali assume un andamento lineare, ad eccezione del primo terzo della distribuzione in corrispondenza della quale si osserva una utilità marginale decrescente per tutte le Categorie; si osserva un generale auspicio di addivenire ad un miglioramento in termini di mortalità per infarto, associando tutte le Categorie un livello di *Performance* nel range 75-85% di quella massima ai valori migliori dell'indicatore. Tutte le categorie associano un livello di *Performance* basso (7-17% di quello massimo) in corrispondenza del valore più alto di mortalità.

Figura 26
Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero
Funzione di "valore" per Categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

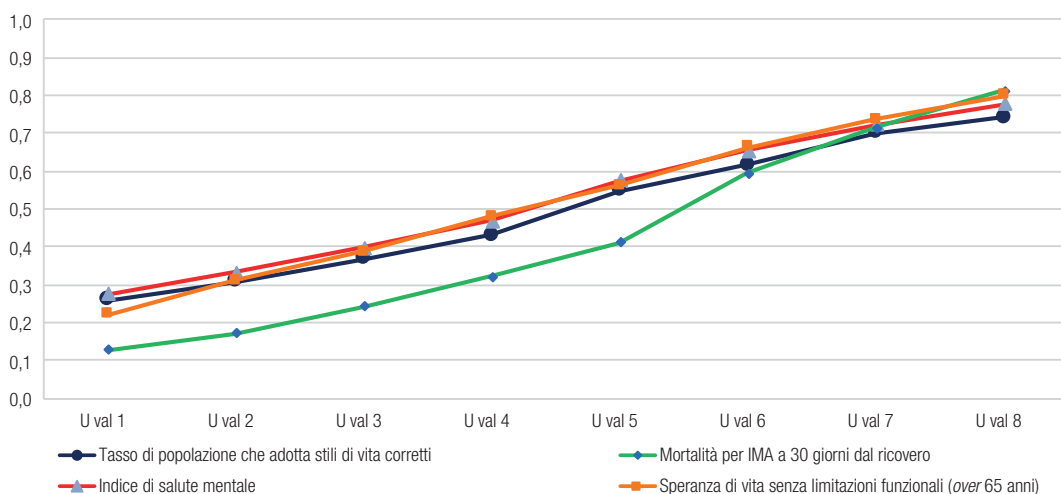
“Opportunità di tutela della Salute: le Performance Regionali”

In sintesi, agli indicatori della Dimensione Esiti (Figura 27) è associato un contributo alla *Performance* generalmente proporzionale al miglioramento delle determinazioni degli indicatori.

Si registra l’“aspettativa” che si possano ottenere ulteriori miglioramenti per tutti e tre gli indicatori selezionati.

Contestualmente, si registra il riconoscimento di un “valore positivo” dell’assistenza anche nei casi di determinazioni degli indicatori di esito prossimi a quelli peggiori registrati; all’indicatore di mortalità si associa un livello di *Performance* modesto pari ad appena il 10% di quella massima.

Figura 27
Dimensione Esiti
Funzione “valore” per indicatore



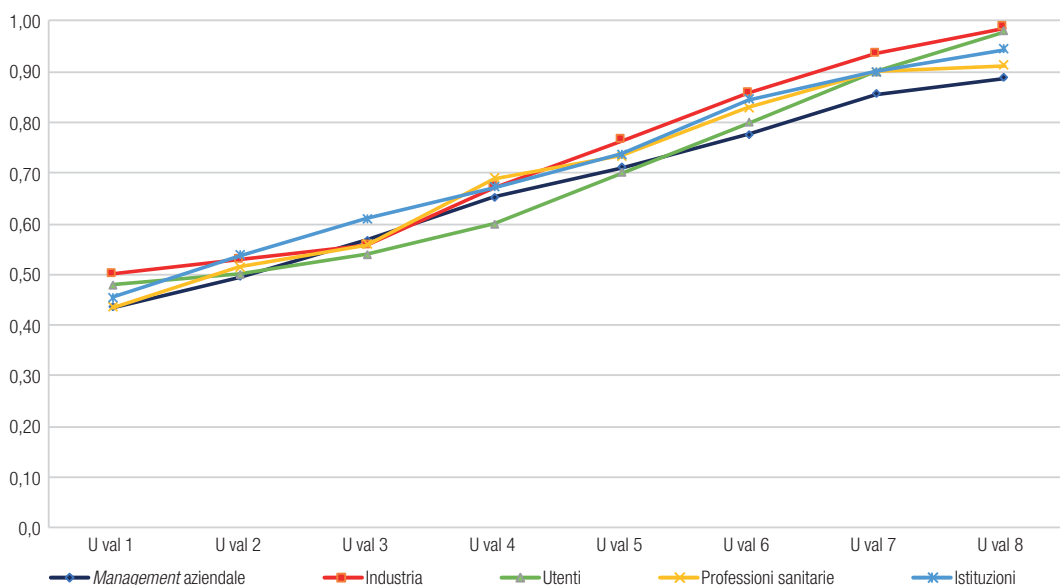
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

Tutte le Categorie registrano una “piena soddisfazione” per i valori dell’indicatore prossimi ai massimi livelli registrati a livello nazionale, associando ad essi un livello di contributo alla *Performance* pari al 100% di quella massima ottenibile.

Dimensione Innovazione

Nella Dimensione Innovazione, all'indicatore "Tasso di attuazione del FSE" (Figura 28), è associata una funzione di valore che assume un andamento lineare per tutte le Categorie di *stakeholder*, con contributi alla *Performance* che rimangono positivi anche in corrispondenza dei valori peggiori registrati a livello nazionale: in corrispondenza del peggiore valore nazionale viene attribuito un contributo alla *Performance* nel range 45-50%.

Figura 28
Tasso di attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico
Funzione di "valore" per Categoria



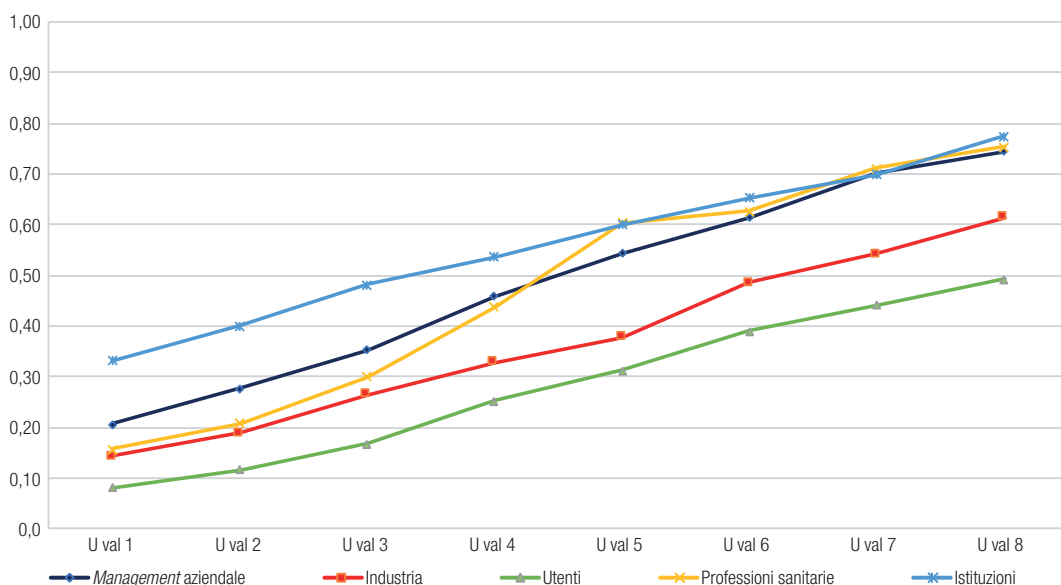
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

“Opportunità di tutela della Salute: le Performance Regionali”

Nella Dimensione Innovazione, all'indicatore “Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive” (Figura 29) è associata, da parte di tutte le Categorie, una funzione di “valore” sostanzialmente lineare.

In corrispondenza del miglior valore nazionale dell'indicatore, è stato assegnato un contributo alla *Performance* pari al 80-90% di quello massimo possibile da tutte le Categorie, ad eccezione di Industria e Utenti, che raggiungono rispettivamente il 60% e il 50%. Tutte le categorie, ad eccezione dei rappresentanti delle Istituzioni, ritengono accettabile (33% della *Performance* massima) anche una determinazione pari ai valori peggiori nazionali registrati.

Figura 29
Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive
Funzione di “valore” per Categoria

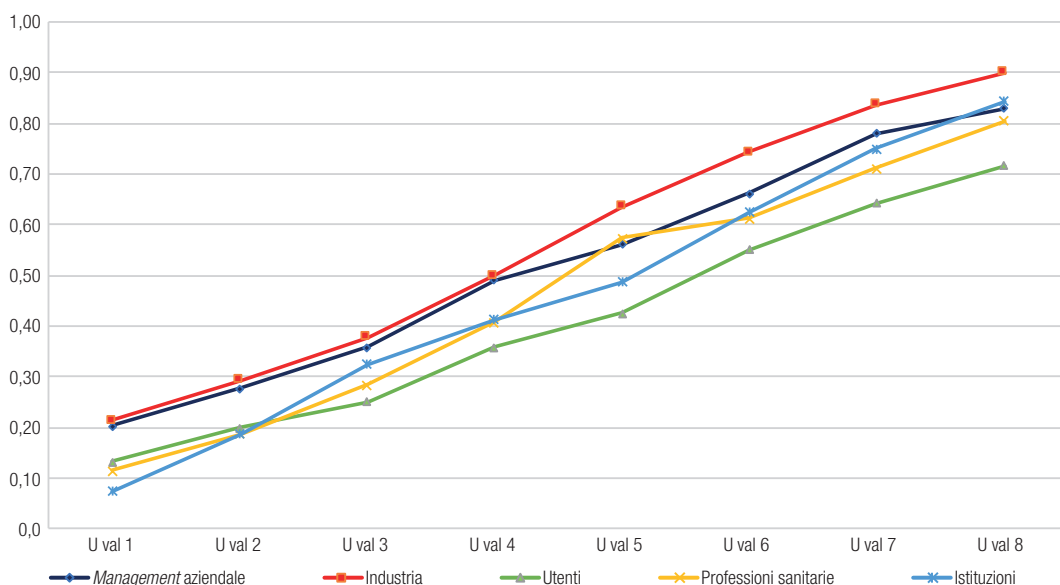


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

All'indicatore "Indice di implementazione della rete oncologica" (Figura 30) tutte le categorie di *stakeholder* associano una funzione di valore ad andamento lineare, con contributi alla *Performance* ritenuti pressoché nulli in corrispondenza dei valori peggiori registrati a livello nazionale; per l'Industria Medica e gli Utenti si ottengono miglioramenti del livello di *Performance* più che proporzionali in corrispondenza della seconda metà della distribuzione.

Tutte le categorie registrano una sostanziale "soddisfazione" per i valori dell'indicatore prossimi ai massimi livelli registrati a livello nazionale, associandovi un livello di contributo alla *Performance* superiore al 90% di quella massima ottenibile.

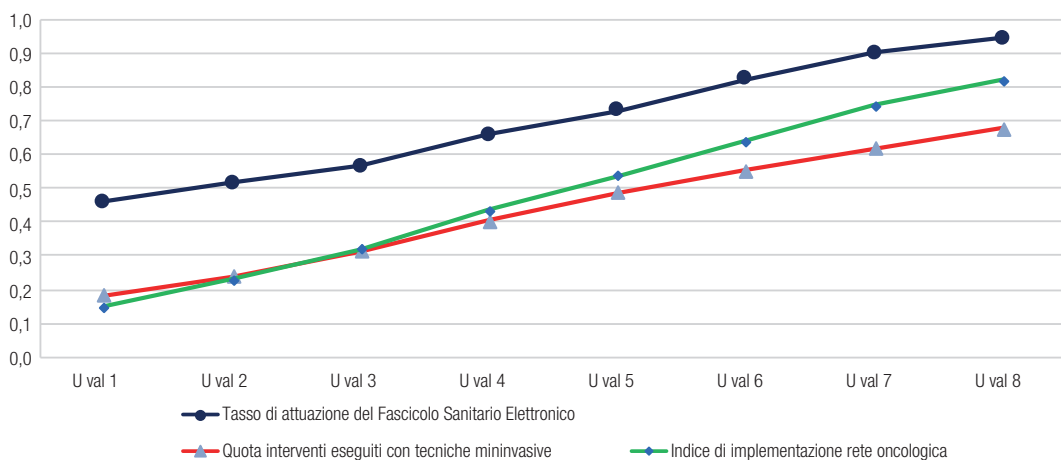
Figura 30
Indice di implementazione rete oncologica
Funzione di "valore" per Categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

Complessivamente, ai primi due indicatori della Dimensione Innovazione (Figura 31) viene associata una funzione di “valore” sostanzialmente lineare, con un contributo alla *Performance* massimo per le migliori determinazioni di quello relativo al FSE (93%), e pari al 68% per quello relativo all’innovazione tecnologica. All’indicatore di innovazione organizzativa è invece associata una funzione che implica una utilità marginale crescente con un contributo alla *Performance* pari all’82% di quella massima in corrispondenza del valore migliore.

Figura 31
Dimensione Innovazione
Funzione “valore” per indicatore



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

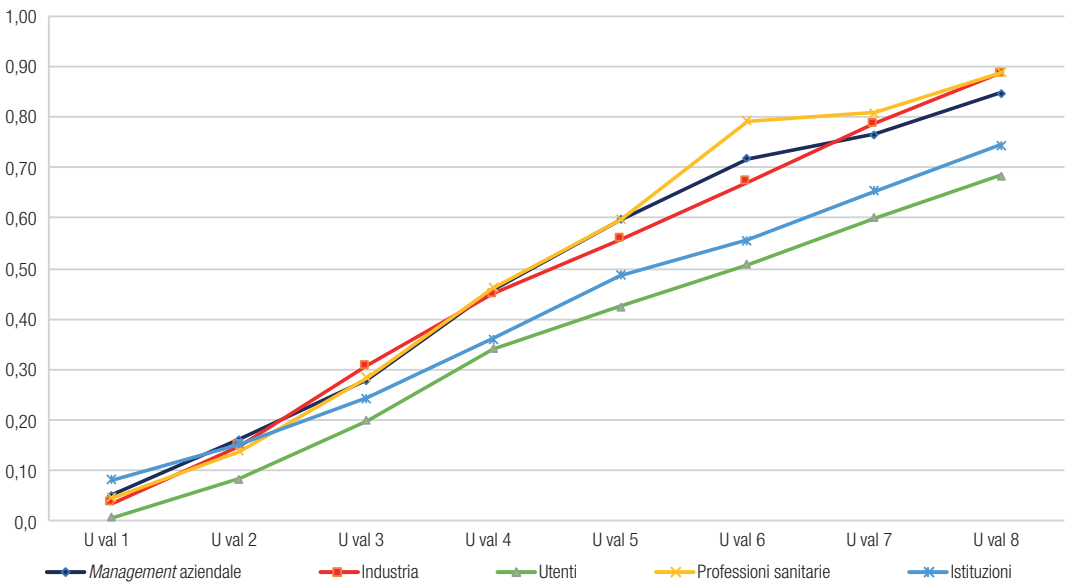
Dimensione Sociale

L'indicatore "Tasso di *over 75* anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale" (Figura 32), registra un livello di contributo alla *Performance* sostanzialmente nullo per valori prossimi al peggiore nazionale, e questo per tutte le Categorie.

Per le Professioni sanitarie e il *Management* si osserva un andamento che esprime una utilità marginale decrescente nella seconda metà della distribuzione.

Il *Management*, l'Industria Medica e le Professioni sanitarie ritengono che in corrispondenza dei valori migliori dell'indicatore si determini un contributo alla *Performance* prossimo al 90% di quella massima: per tutte le altre categorie, il valore è invece compreso nel range 65-75%.

Figura 32
Tasso di *over 75* anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale
Funzione di "valore" per Categoria



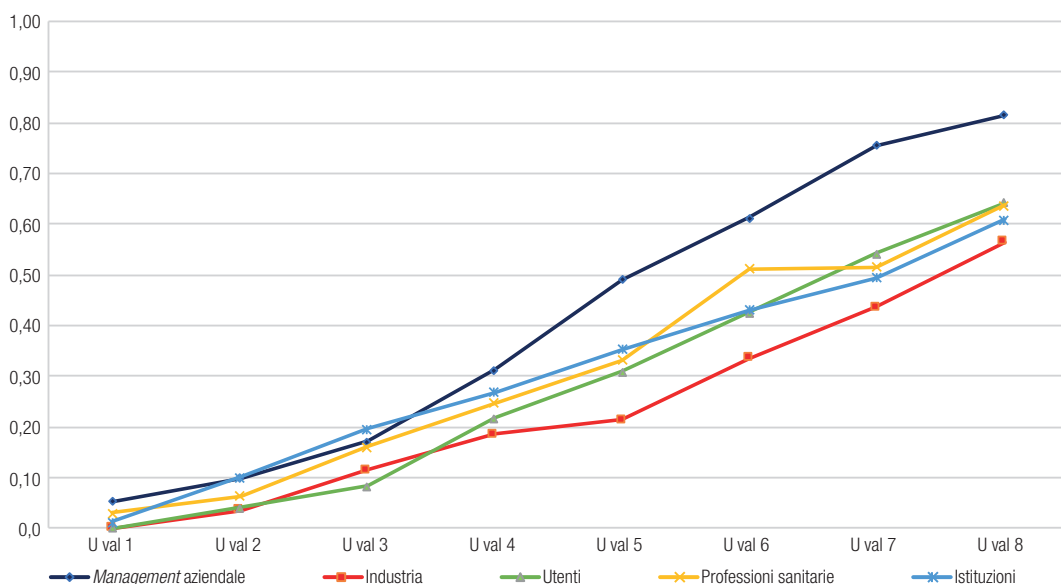
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

“Opportunità di tutela della Salute: le Performance Regionali”

La funzione di “valore” dell’indicatore “Quota di persone deboli o a rischio, affetti da dipendenze, anziani e poveri, che ricevono interventi per l’integrazione sociale” (Figura 33), per tutte le Categorie, ad eccezione del *Management* e dell’*Industria*, assume un andamento sostanzialmente lineare; in particolare, per il *Management* si osserva un andamento sigmoideale e per l’*Industria* un andamento con utilità marginale crescente nella seconda metà della distribuzione, ovvero con miglioramenti di *Performance* più che proporzionali rispetto a quelli dell’indicatore.

Il contributo alla *Performance* attribuito ai valori massimi del tasso nazionale di interventi per l’integrazione sociale raggiunge valori intorno alla “sufficienza” (60% della *Performance* massima) per tutte le categorie, ad eccezione del *Management* aziendale che gli attribuisce un livello più elevato, pari all’80% di quello massimo possibile.

Figura 33
Quota di persone deboli o a rischio (affetti da dipendenze, anziani e poveri) che ricevono interventi per l’integrazione sociale
Funzione di “valore” per Categoria

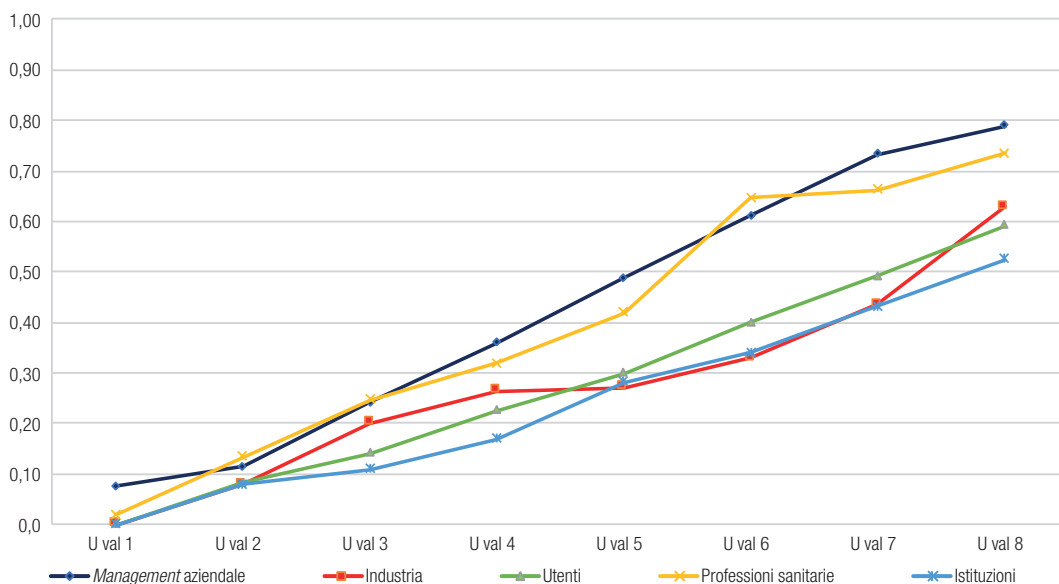


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall’Expert Panel

Al terzo indicatore della Dimensione Sociale, la “Quota di persone, disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare” (Figura 34), è stata associata una funzione di valore sostanzialmente lineare da quasi tutte le categorie, con contributi alla *Performance* che sostanzialmente si annullano in corrispondenza dei valori più bassi registrati a livello regionale. Solo per Istituzioni e Industria si osserva una utilità marginale crescente nella seconda metà della distribuzione.

Secondo gli Utenti, l'Industria e le Istituzioni al miglior valore nazionale si associa un livello di contributo alla *Performance* compreso tra il 52% e il 62% di quella massima; per il *Management* aziendale e le Istituzioni si arriva quasi all'80% della *Performance* massima.

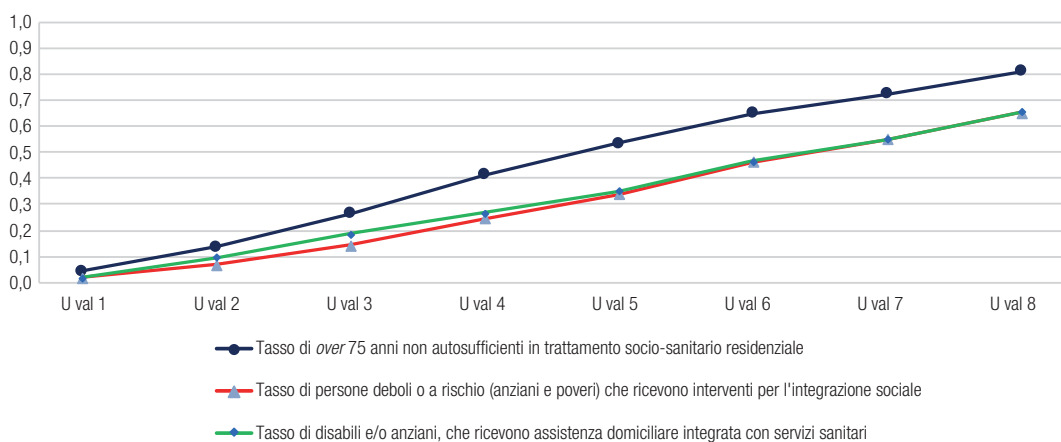
Figura 34
Quota di persone disabili e/o anziani che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari
Funzione di “valore” per Categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

Per la Dimensione Sociale (Figura 35), si registrano funzioni di “valore” degli indicatori sostanzialmente lineari, con un livello di contributo alla *Performance* raggiungibile in corrispondenza dei valori migliori nazionali, intorno al 65% di quella massima possibile e, viceversa, valori nulli in corrispondenza dei valori peggiori; solo per quello relativo alla presa in carico dei non autosufficienti il livello di *Performance* in corrispondenza del valore migliore nazionale si ferma all’80% della *Performance* massima.

Figura 35
Dimensione Sociale
Funzione di “valore” per indicatore



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

Riflessioni finali sulle “funzioni valore” degli indicatori

L'esercizio svolto dal *Panel* ha la finalità di definire funzioni di “valore” evidenziando eventuali difformità nel contributo alla *Performance* a seconda della categoria di afferenza degli *stakeholder*.

Considerando gli indicatori della Dimensione Appropriatezza, in larga misura relativi alla presa in carico extra-ospedaliera, di cronici ed anziani, ed all'attività di prevenzione rivolta a bambini, adulti e anziani, osserviamo che le funzioni di utilità, soprattutto nella prima metà della distribuzione, assumono una utilità marginale decrescente dell'indicatore. All'indicatore relativo all'assistenza domiciliare degli anziani, anche in corrispondenza dei migliori valori dell'indicatore osservati a livello nazionale, si attribuisce un contributo alla *Performance* che supera appena la sufficienza; per quelli relativi alla prevenzione e all'ospedalizzazione dei cronici, le migliori determinazioni dell'indicatore sono associate a contributi pari quasi il 90% del massimo possibile.

Per la Dimensione Economico-finanziaria, non si registrano differenze significative nelle valutazioni degli *stakeholder*: le funzioni di “valore” descrivono andamenti lineari con un *range* di contributo alla *Performance* tra il valore peggiore (spesa sanitaria inferiore alla media europea) e il valore migliore (superiore alla media europea) dal 40 al 70%, a dimostrazione che i valori attuali di spesa sono già considerati delle buone *Performance*. L'incidenza della spesa privata, in analogia a quanto riscontrato nella precedente edizione, continua ad essere ritenuta poco accettabile in corrispondenza dei valori più alti e parzialmente accettabile in corrispondenza dei valori “migliori” nazionali.

Prendendo in analisi la Dimensione Equità, i membri del *Panel* assumono un atteggiamento di stigma in corrispondenza dei valori peggiori dell'indicatore, ed in particolare della mobilità per casistica a media e bassa complessità, attribuendogli un livello di contributo alla *Performance* molto limitato; il contributo alla *Performance* cresce, nella maggior parte dei casi, più che proporzionalmente, al migliorare dell'indicatore, ovvero allo spostarsi verso valori numerici degli indicatori prossimi ai risultati migliori.

Nella Dimensione Esiti, il *Panel* ha associato agli indicatori un contributo alla *Performance* che risulta proporzionale al miglioramento delle determinazioni degli indicatori, ad eccezione di quello relativo alla mortalità per infarto, per il quale anche in corrispondenza a valori elevati (migliori) della *Performance* si assume un contributo alla *Performance* limitato; tutte le categorie di *stakeholder* ritengono che non debbano essere del tutto penalizzate (in termini di determinazione della *Performance*) le situazioni in cui gli indicatori presentano valori peggiori. Peraltro, si osserva un atteggiamento di maggior “aspettativa” sugli esiti, nel senso che anche in corrispondenza dei migliori valori osservati, viene attribuito un contributo alla *Performance* che raggiunge l'80% del contributo massimo possibile.

Per quanto concerne la Dimensione Innovazione, le funzioni di “valore” appaiono lineari: per la digitalizzazione (FSE), il contributo alla *Performance* viene considerato “pieno” solo in corrispondenza dei valori dell'indicatore migliori osservati a livello nazionale; per gli altri due indicatori, il livello di contributo massimo alla *Performance* è inferiore all'80% di quello massimo e non raggiunge l'70% quello di innovazione tecnologica.

Per la Dimensione Sociale, si osserva un andamento di sostanziale linearità delle funzioni “valore”, con una penalizzazione in corrispondenza dei valori peggiori dell'indicatore ed una scarsa soddisfazione (65% della *Performance* massima) anche per i valori migliori

registrati a livello nazionale; solo per la presa in carico degli anziani non autosufficienti nelle residenze si raggiunge l'80% della *Performance* massima.

3.3. La composizione degli indicatori

La seconda parte dell'esercizio di elicitazione svolto con i componenti del *Panel* ha determinato i “tassi marginali di sostituzione” fra gli indicatori: sono state proposte al *Panel* 19 coppie di indicatori, di seguito elencate, e si è chiesto loro di individuare *mix* diversi a cui avrebbero associato pari utilità, ovvero un analogo contributo alla *Performance*.

- “Tasso di mobilità passiva effettiva per DRG a bassa e media complessità” vs “Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti”
- “Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti” vs “Tasso di accessi al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde”
- “Tasso di accessi al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde” vs “Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata”
- “Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata” vs “Tasso di *over 75* anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale”
- “Tasso di *over 75* anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale” vs “Quota di prestazioni con priorità B eseguite nei tempi previsti”
- “Quota di prestazioni con priorità B eseguite nei tempi previsti” vs “Indice di salute mentale”
- “Indice di salute mentale” vs “Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata”
- “Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata” vs “Tasso di attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico”
- “Tasso di attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico” vs “Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive”
- “Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive” vs “Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali”
- “Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali” vs “Tasso di persone deboli o a rischio (anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale”
- “Tasso di persone deboli o a rischio (anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale” vs “Quota di persone che rinuncia a prestazioni sanitarie (motivi economici, distanza, liste d'attesa, orari scomodi, etc.)”
- “Quota di persone che rinuncia a prestazioni sanitarie (motivi economici, distanza, liste d'attesa, orari scomodi, etc.)” vs “Mortalità per IMA a 30 giorni dal ricovero”
- “Mortalità per IMA a 30 giorni dal ricovero” vs “Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell'anziano e *screening*)”
- “Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell'anziano e *screening*)” vs “Indice di implementazione rete oncologica”
- “Indice di implementazione rete oncologica” vs “Spesa sanitaria pubblica pro-capite: *gap* rispetto alla media EU”

- “Spesa sanitaria pubblica pro-capite: *gap* rispetto alla media EU” vs “Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari”
- “Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari” vs “Speranza di vita senza limitazioni funzionali (*over 65 anni*)”.

“Speranza di vita senza limitazioni funzionali (*over 65 anni*)” vs “Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche”. Utilizzando il *software Logical Decisions®* ver. 8.0, dall’esercizio di “scambio” effettuato, assumendo la razionalità del decisore, è stato ricostruito il quadro d’insieme delle “preferenze” dei componenti del *Panel*.

In altri termini, sono stati determinati i “pesi” attribuiti dal *Panel* ai diversi indicatori in tema di diversa importanza del contributo alla *Performance*; per composizione degli indicatori, sono poi stati determinati i “pesi” delle diverse Dimensioni.

Di seguito si riassumono distintamente per singola Categoria di *stakeholder* i risultati ottenuti.

Per i rappresentanti della Categoria Utenti oltre il 70% del contributo alla *Performance* è fornito da 5 indicatori: “Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche” (20,6%), “Speranza di vita senza limitazioni funzionali (*over 65 anni*)” (20,6%), “Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari” (12,4%), “Quota di persone che rinuncia a prestazioni sanitarie (motivi economici, distanza, liste d’attesa, orari scomodi, etc.)” (11,3%) e “Spesa sanitaria pubblica pro-capite: *gap* rispetto alla media EU” (5,4%).

Di conseguenza le Dimensioni Equità, Appropriatelyzza e Sociale contribuiscono per oltre il 70% alla misura della *Performance*.

Per i rappresentanti delle Istituzioni oltre il 70% della *Performance* è attribuibile a 9 indicatori: “Mortalità per IMA a 30 giorni dal ricovero” (16,1%), “Indice di implementazione rete oncologica” (13,6%), “Quota di persone che rinuncia a prestazioni sanitarie (motivi economici, distanza, liste d’attesa, orari scomodi, etc.)” (7,5%), “Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell’anziano e *screening*)” (7,5%), “Speranza di vita senza limitazioni funzionali (*over 65 anni*)” (6,9%), “Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari” (6,9%), “Tasso di *over 75 anni* non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale” (6,5%), “Spesa sanitaria pubblica pro-capite: *gap* rispetto alla media EU” (3,7%) e “Tasso di persone deboli o a rischio (anziani e poveri) che ricevono interventi per l’integrazione sociale” (3,7%).

Per le Professioni sanitarie oltre il 70% della *Performance* è associata a 7 indicatori: “Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche” (13,3%), “Quota di persone che rinuncia a prestazioni sanitarie (motivi economici, distanza, liste d’attesa, orari scomodi, etc.)” (11,9%), “Speranza di vita senza limitazioni funzionali (*over 65 anni*)” (10,9%), “Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari” (10,9%), “Mortalità per IMA a 30 giorni dal ricovero” (9,5%), “Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell’anziano e *screening*)” (7,1%) e “Indice di implementazione rete oncologica” (7,1%).

Per il *Management* aziendale i due terzi del contributo alla *Performance* è associato a 6 indicatori: “Spesa sanitaria pubblica pro-capite: *gap* rispetto alla media EU” (18,8%), “Speranza di vita senza limitazioni funzionali (*over 65 anni*)” (14,2%), “Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche” (14,2%), “Tasso di disabili e/o anziani, che

ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari” (11,1%), “Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell’anziano e *screening*)” (9,5%) e “Indice di implementazione rete oncologica” (9,5%).

Infine, per l’Industria Medicale, oltre il 70% del contributo alla *Performance* è attribuibile a 4 indicatori: “Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche” (30,5%), “Speranza di vita senza limitazioni funzionali (*over 65 anni*)” (18,8%), “Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari” (13,1%) e “Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell’anziano e *screening*)” (10,9%).

3.4. Il contributo delle Dimensioni alla *Performance*

Aggregando i risultati per Dimensione, si osserva come le tre Dimensioni Appropriatazza, Esiti e Sociale contribuiscano per oltre il 60% alla *Performance*: rispettivamente per il 26,6%, 23,9% e 16,2%; segue la Dimensione Innovazione (11,4%); le Dimensioni Equità ed Economico-finanziaria, contribuiscono rispettivamente per il 11,2% ed il 10,7%.

Rispetto alla precedente edizione si registra una riduzione notevole del “peso” associato alla Dimensione Equità (-10,9 punti percentuali); si riduce ancora anche il peso delle Dimensioni Economico-finanziaria (-1,4 punti percentuali); rimane quasi costante quello dell’Innovazione (-0,1 punti percentuali); aumenta, in modo complementare, il contributo di Esiti, Appropriatazza e Sociale (+10,1, +1,7 e +0,5 punti percentuali rispettivamente).

La dinamica dei “pesi”, in particolare l’incremento di Esiti, Appropriatazza e Sociale, sembra poter essere messa in relazione con il fatto che, in un modello organizzativo che si sta evolvendo (D.M. 77, PNRR, etc.), la priorità è monitorarne gli Esiti e l’appropriatezza di presa in carico extra-territoriale (ADI etc.).

Inoltre, cresce la “priorità” assegnata all’integrazione tra il sanitario e il sociale.

Analizzando i risultati per categoria nel caso degli Utenti le Dimensioni Esiti, Appropriatazza, Sociale ed Equità contribuiscano per oltre l’80% alla misura della *Performance* (26,6%, 26,2%, 17,7% e 16,2% rispettivamente); seguono le Dimensioni Economico-finanziaria con l’8,0% e, da ultimo, quella dell’Innovazione (5,3%).

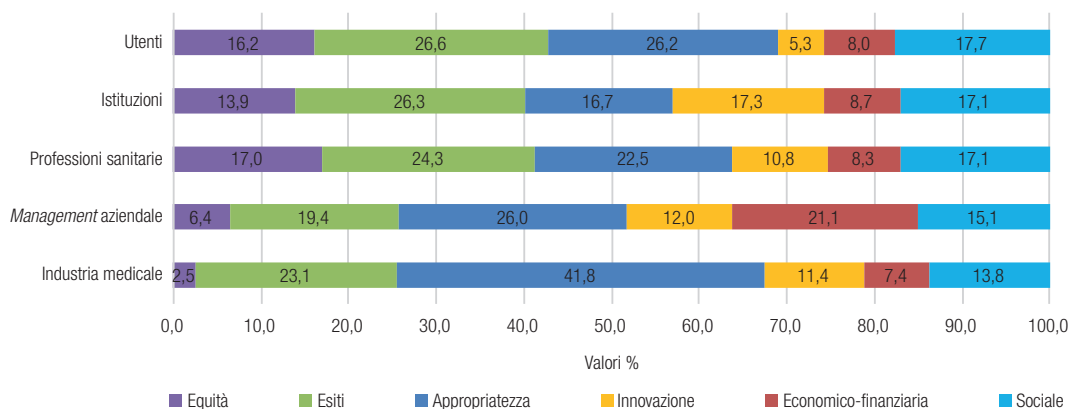
Per i rappresentanti delle Istituzioni sono in “testa” le Dimensioni Esiti, Innovazione, Sociale ed Appropriatazza, che contribuiscano per quasi l’80% alla *Performance* (26,3%, 17,3%, 17,1% e 16,7% rispettivamente); segue l’Equità con il 13,9% e l’Economico-finanziaria con l’8,7%.

Per i rappresentanti delle Professioni Sanitarie, le Dimensioni Esiti, Appropriatazza, Sociale ed Equità contribuiscano per oltre l’80% alla *Performance* (24,3%, 22,5%, 17,1% e 17,0% rispettivamente); segue la Dimensione Innovazione con il 10,8% e l’Economico-finanziaria con l’8,3%.

Per il *Management* aziendale, l’Appropriatazza, il Sociale, l’Economico-finanziaria ed Equità contribuiscano per il 75% alla *Performance* (21,2%, 18,9%, 17,6% e 17,3% rispettivamente), seguono gli Esiti con il 13,0% e l’Innovazione con il 12,0%.

Infine, per l’Industria Medicale, sono le Dimensioni dell’Appropriatazza, dell’Economico-finanziaria, degli Esiti e del Sociale quelle che contribuiscano maggiormente alla *Performance* (26,0%, 21,1%, 19,4% e 15,1% rispettivamente), seguite dall’Innovazione (12,0%) e dall’Equità (6,4%).

Figura 36
Contributo delle Dimensioni alla Performance
Per Categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

Analizzando la dinamica dei “pesi” per categoria (Figura 37), è possibile osservare come, in questo ultimo anno, per gli Utenti sia diminuito il “peso” dell'Equità, dell'Economico-finanziaria e dell'Innovazione (-13,3, -4,1 e -2,5 punti percentuali rispettivamente); sono cresciuti il peso degli Esiti (+13,2 punti percentuali), dell'Appropriatelyzza (+5,9 punti percentuali) e del Sociale (+0,8 punti percentuali).

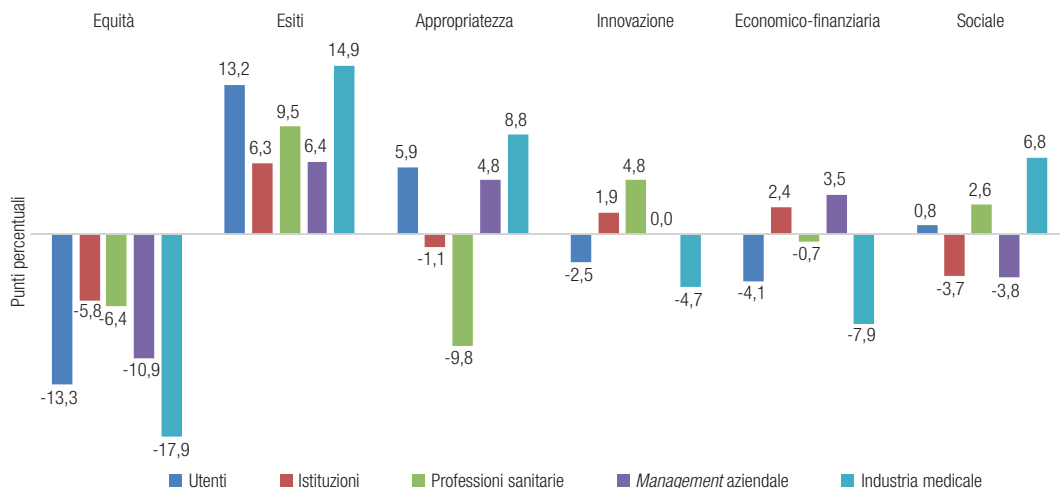
Per i rappresentanti delle Istituzioni è diminuito il peso delle Dimensioni Equità, Sociale e della Appropriatelyzza (-5,8, -3,7 e -1,1 punti percentuali rispettivamente) ed è invece aumentato quello degli Esiti, dell'Economico-finanziari e dell'Innovazione (+6,3, +2,4 e +1,9 punti percentuali rispettivamente).

Per i rappresentanti delle Professioni Sanitarie è notevolmente diminuito il peso delle Dimensioni Appropriatelyzza ed Equità (-9,8 e -6,4 punti percentuali rispettivamente); si riduce, in misura più contenuta, il peso della Dimensione Economico-finanziaria (-0,7 punti percentuali). Aumenta, invece, notevolmente il peso delle Dimensioni Esiti (+9,5 punti percentuali) e in misura più contenuta Innovazione e Sociale (+4,8 e +2,6 punti percentuali rispettivamente).

Per il *Management* aziendale si è ridotto notevolmente il peso delle Dimensioni Equità (-10,9 punti percentuali) e quello della Dimensione Sociale (-3,8 punti percentuali). Le altre Dimensioni hanno registrato un aumento: Esiti (+6,4 punti percentuali), Appropriatelyzza (+4,8 punti percentuali) ed Economico-finanziaria (+3,5 punti percentuali). Rimane invariato, rispetto all'edizione precedente, il peso della Dimensione Innovazione.

Infine, per l'Industria Medicale si è ridotto notevolmente il peso della Dimensione Equità (-17,9 punti percentuali); si è ridotto, in misura più contenuta, il peso delle Dimensioni Economico-finanziaria ed Innovazione (-7,9 e -4,7 punti percentuali rispettivamente); è invece aumentato notevolmente il peso degli Esiti (+14,9 punti percentuali) e, in misura minore, quello di Appropriatelyzza (+8,8 punti percentuali) e Sociale (+6,8 punti percentuali).

Figura 37
Variazioni del contributo delle Dimensioni alla Performance XII vs XI edizione



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

A parte quanto anticipato sull'impatto del nuovo assetto che si sta delineando nel servizio sanitario, alla luce dei recenti provvedimenti normativi tesi al potenziamento del territorio, in tema di interpretazione delle modifiche nei “pesi” va osservato che l'equità continua ad essere una priorità per gli Utenti e per le Professioni sanitarie, mentre la Dimensione economica torna ad avere “peso”, ma solo per il *Management* aziendale.

Le dinamiche registrate sul peso delle Dimensioni, ed in particolare l'aumento del “peso” degli Esiti per tutti gli *stakeholder* sono probabilmente attribuibili alla consapevolezza di essere in un periodo di “transizione”, dovuta all'implementazione di quanto previsto dai recenti provvedimenti (DM 77, PNRR), con la conseguente esigenza di “tutelare” Esiti ed Appropriatezza; va aggiunto che il contributo di quest'ultima alla *Performance* si è ridotto per i rappresentanti delle Professioni sanitarie, evidentemente in ragione della loro percezione di aver fatto già il possibile per ridurre l'inappropriatezza dato il contesto attuale.

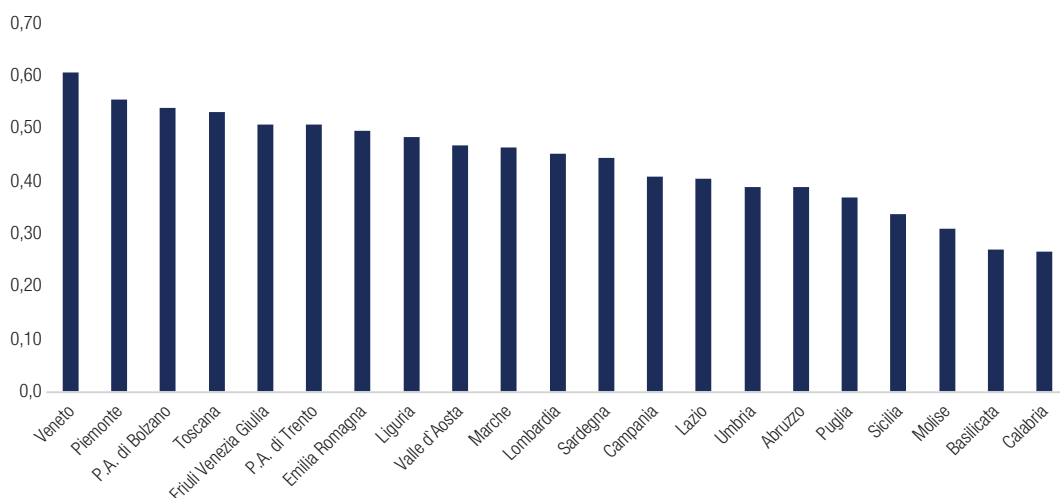
La riduzione del peso dell'Equità rispetto alla precedente edizione è, invece, legata ad una limitata “preoccupazione” per i tempi di accesso per le prestazioni urgenti: l'indicatore Quota di prestazioni con priorità B (entro 10 giorni) eseguite nei tempi previsti, infatti, registra livelli di *Performance* accettabili anche per valori prossimi a quelli peggiori nazionali; analogamente sembra sia ritenuto accettabile anche una quota di mobilità fuori Regione di residenza.

Infine, la carenza di risorse spiega probabilmente il ritorno di un aumento della dimensione economica, preoccupazione soprattutto del *Management* aziendale e delle Istituzioni.

4. La Performance socio-sanitaria

L'indice complessivo di *Performance* che si determina in questa XII edizione (2024) della progettualità, oscilla da un massimo del 60% (fatto 100% il risultato massimo raggiungibile) ad un minimo del 26%: il risultato migliore lo ottiene il Veneto ed il peggiore la Regione Calabria (Figura 38).

Figura 38
Indice di Performance regionale



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

Si conferma, come già emerso nella precedente edizione, che dalle valutazioni del *Panel* si evince l'attesa che si registri un ulteriore miglioramento dei livelli di tutela che raggiunge il 60% del potenziale solo in Veneto.

Il divario nella valutazione attribuita alle Regioni che si posizionano agli estremi del *range*, rimane decisamente rilevante; inoltre, si sottolinea come, in base alle aspettative espresse dai diversi *stakeholder*, un terzo delle Regioni non supera un livello pari al 40% del massimo ottenibile.

Qualitativamente, nel *ranking* si identificano quattro gruppi di Regioni: quattro Regioni (Veneto, Piemonte, P.A. di Bolzano e Toscana), raggiungono livelli complessivi di tutela significativamente migliori dalle altre, con un indice di *Performance* che supera il 50% di quella massima (rispettivamente 60%, 55%, 54% e 53%).

Nel secondo gruppo, troviamo sette Regioni con livelli dell'indice di *Performance* abbastanza omogenei, compresi tra il 50% ed il 45%: Friuli Venezia Giulia, P.A. di Trento, Emilia Romagna, Liguria, Valle d'Aosta, Marche e Lombardia.

Nel terzo gruppo si attestano Sardegna, Campania, Lazio, Umbria, Abruzzo e Puglia, con livelli di *Performance* compresi nel *range* 37-44%.

“Opportunità di tutela della Salute: le Performance Regionali”

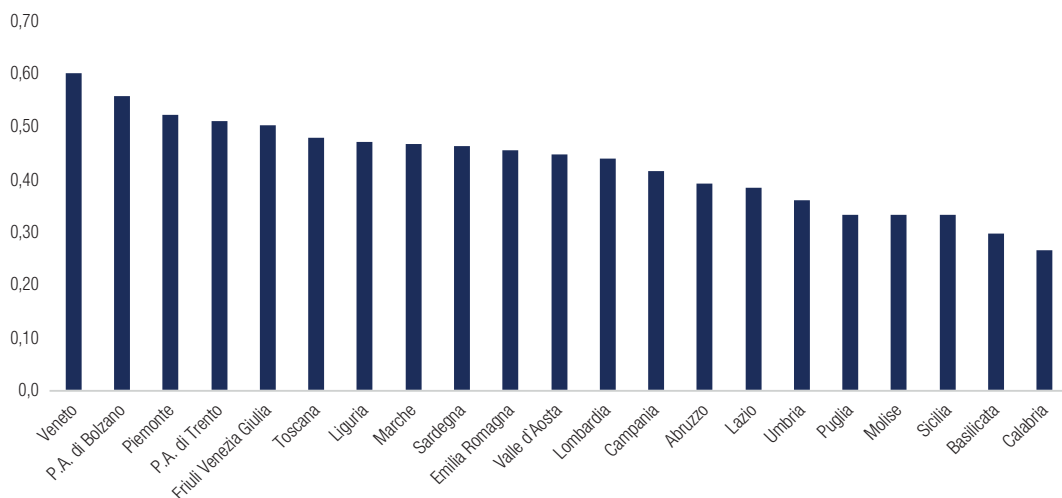
Infine, quattro Regioni, Sicilia, Molise, Basilicata e Calabria, si attestano su livelli di *Performance* inferiori al 35% del massimo raggiungibile.

Categoria Utenti

Per la Categoria Utenti (Figura 39), il Veneto, con il 60%, mantiene (sin dal 2022) la prima posizione, registrando lo stesso livello di *Performance* rispetto a quello registrato nel *ranking* “generale”.

Seguono la P.A. di Bolzano e il Piemonte, che si invertono di posizione rispetto al *ranking* generale e si osserva un miglioramento della posizione della P.A. di Trento, con un indice di *Performance* pari al 51%; la Calabria occupa l'ultima posizione con un indice di *Performance* pari al 27% di quella massima.

Figura 39
Indice di Performance
Categoria Utenti



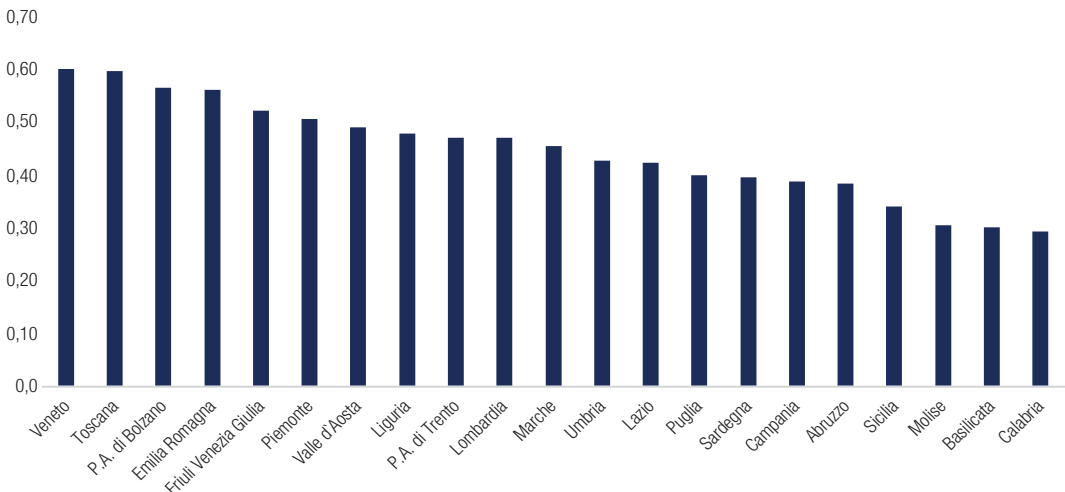
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

Rispetto al *ranking* “generale”, per gli Utenti la prima posizione resta, quindi, invariata; la P.A. di Bolzano recupera una posizione, passando dal terzo al secondo posto, a scapito del Piemonte; la P.A. di Trento recupera due posizioni, passando da sesta a quarta; all'estremo opposto si confermano le ultime due posizioni rispetto al *ranking* generale, presidiate rispettivamente da Basilicata e Calabria; il Molise passa da terz'ultima a quart'ultima, rimanendo comunque nell'area “critica”.

Categoria Istituzioni

Per i rappresentanti delle Istituzioni (Figura 40), la misura di *Performance* varia dal 60% del Veneto al 29% della Calabria: si riduce quindi la forbice fra gli estremi; la Toscana registra una *Performance* pari al 60%, uguale a quella registrata dal Veneto; seguono P.A. di Bolzano (57%) e l'Emilia Romagna (56%), con livelli di *Performance* pressoché simili. Nelle ultime posizioni quattro Regioni si attestano su livelli di *Performance* compresi tra 34% ed il 29%: Sicilia, Molise, Basilicata e Calabria.

Figura 40
Indice di *Performance*
Categoria Istituzioni



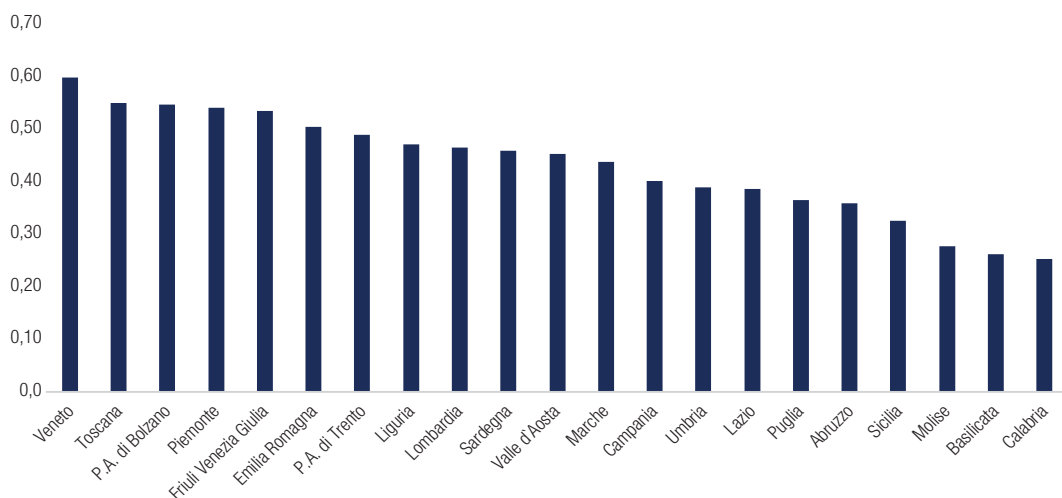
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

Rispetto al *ranking* generale, la Toscana passa in seconda posizione a scapito del Piemonte, che passa in sesta posizione, e l'Emilia Romagna guadagna una posizione, passando dal quinto posto al quarto. All'estremo opposto si confermano le ultime quattro posizioni di Sicilia, Molise, Basilicata e Calabria, confermando la classifica generale, mentre la Puglia recupera tre posizioni, passando dal diciassettesimo posto al quattordicesimo posto.

Categoria Professioni Sanitarie

Per le Professioni Sanitarie (Figura 41) il livello di *Performance* è pressoché simile a quello del *ranking* generale: si passa dal 60% del Veneto al 25% della Calabria; Veneto, Toscana, P.A. di Bolzano, Piemonte e Friuli Venezia Giulia, con un livello di *Performance* compreso tra il 60% e il 53%, occupano le prime cinque posizioni; seguono Emilia Romagna e P.A. di Trento, che registrano quasi lo stesso livello di *Performance* (50% e 49% rispettivamente). Molise, Basilicata e Calabria occupano le ultime tre posizioni, con un indice di *Performance* sempre inferiore al 30%.

Figura 41
Indice di *Performance*
Categoria Professioni Sanitarie



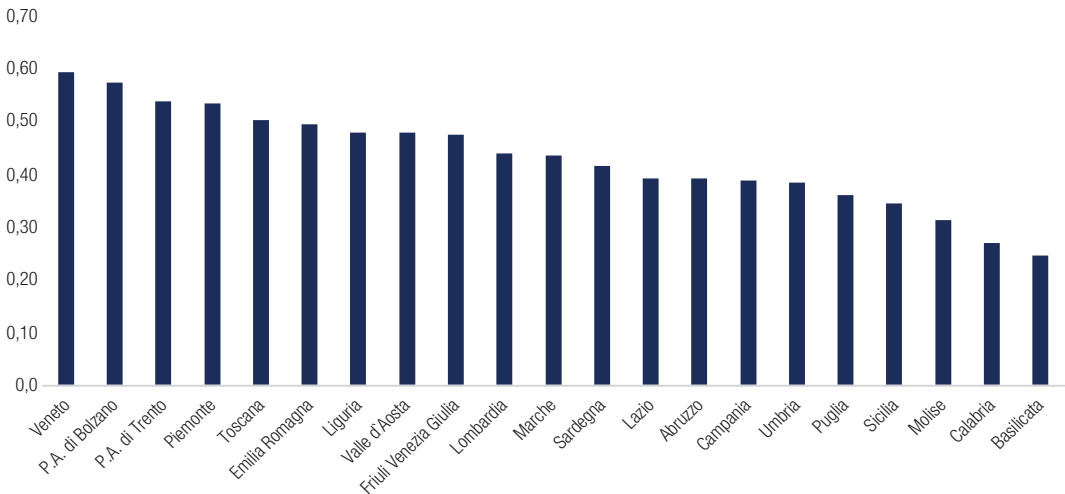
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

Rispetto al *ranking* generale, il Veneto conferma la prima posizione; la Toscana recupera due posizioni, passando dal quarto al secondo posto, a scapito del Piemonte che diventa quarta. Si confermano le Regioni nell'area "critica", con Sicilia, Molise, Basilicata e Abruzzo che registrano livelli di *Performance* inferiori rispetto a quelli registrati nella classifica generale, e che non superano il 35%.

Categoria *Management* aziendale

Per la Categoria *Management* aziendale (Figura 42) la forbice tra la Regione più performante e quella meno è di poco più ampia rispetto al *ranking* “generale”: si passa da un valore massimo del 59% del Veneto ad uno minimo del 24% della Basilicata. Il Veneto occupa sempre la prima posizione, con un indice di *Performance* inferiore di quello raggiunto negli altri *ranking*; seguono P.A. di Bolzano e P.A. di Trento con una *Performance* pari rispettivamente al 57% e 54%. All'estremo opposto troviamo Calabria e Basilicata che occupano le ultime due posizioni con un valore dell'indice di *Performance* inferiore al 30%.

Figura 42
Indice di *Performance*
Categoria *Management* aziendale



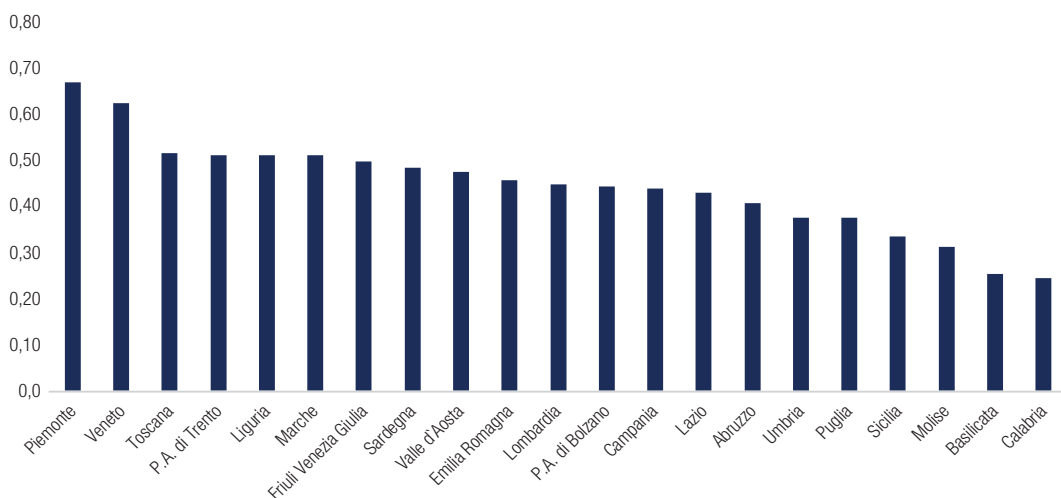
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

In questo *ranking* il Veneto conferma la prima posizione; la P.A. di Trento recupera tre posizioni rispetto al *ranking* “generale”, dal sesto al terzo e il Piemonte ne perde due, passando dalla seconda alla terza posizione. All'estremo opposto si posiziona la Basilicata, che occupa l'ultima posizione, perdendo una posizione rispetto al *ranking* generale a scapito della Calabria, che diventa penultima.

Categoria Industria Medicale

Per i rappresentanti dell'Industria Medicale (Figura 43) si allarga la forbice del *ranking* tra la prima e l'ultima posizione, con la misura di *Performance* che varia dal 67% del Piemonte al 24% della Calabria. Piemonte e Veneto occupano le prime due posizioni, con un livello di *Performance* che varia dal 67% al 62%; seguono Toscana, P.A. di Trento, Liguria, Marche e Friuli Venezia Giulia con un livello di *Performance* compreso tra il 52% e il 50%. Nelle ultime posizioni troviamo Sicilia, Molise, Basilicata e Calabria che presentano un livello di *Performance* compreso tra il 34% e il 24%.

Figura 43
Indice di *Performance*
Categoria Industria Medicale



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

Rispetto al *ranking* “generale”, va notato che il Piemonte “conquista” la prima posizione, a scapito del Veneto, che diventa seconda. La P.A. di Bolzano perde ben nove posizioni, passando da terza a dodicesima. Nella parte bassa del *ranking* si confermano le ultime quattro posizioni, presidiate rispettivamente da Sicilia, Molise, Basilicata e Calabria.

La dinamica della *Performance*

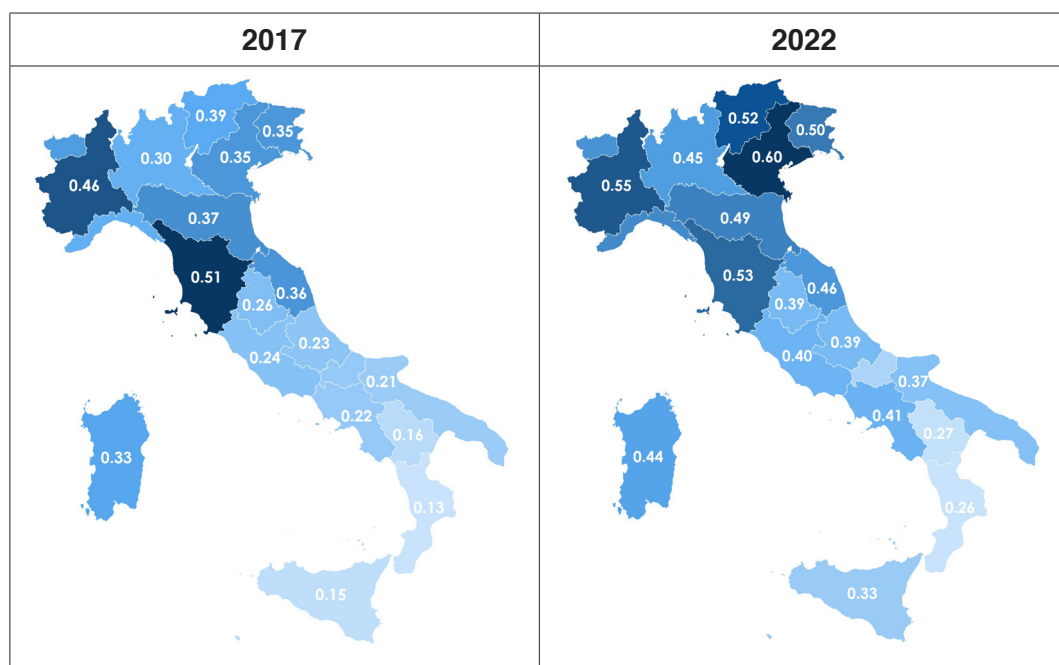
Prendendo in considerazione gli indicatori selezionati in questa edizione ed il peso loro attribuito, si è provveduto a ricalcolare i *ranking* regionali per gli anni scorsi, evidentemente sulla base dei valori assunti dagli indicatori nel passato.

A fronte di un indice complessivo nazionale 2023 (ottenuto mediando gli indici di *Performance* delle singole Regioni), pari al 43,8% del valore teorico ottimale, nel 2017 se ne sarebbe riscontrato uno pari al 30% del valore teorico ottimale. Anche ponderando gli indici regionali per la popolazione si passa da 6,6 (31,4% del valore teorico ottimale) del 2017 al 9,6 (45,7% del valore teorico ottimale) del 2023.

In altri termini si passa da un *range* max-min di 51%-13% del 2017 ad uno di 60%-26% del 2023.

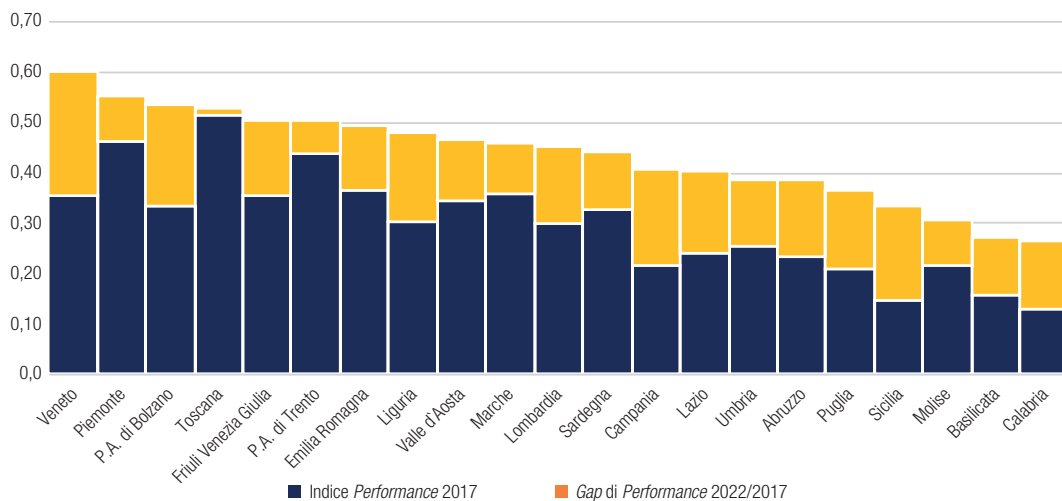
Complessivamente va registrato che nel periodo considerato la *Performance* è in miglioramento: l'aumento è dell'46%.

Figura 44
Indici di *Performance* Regionali 2017 e 2022



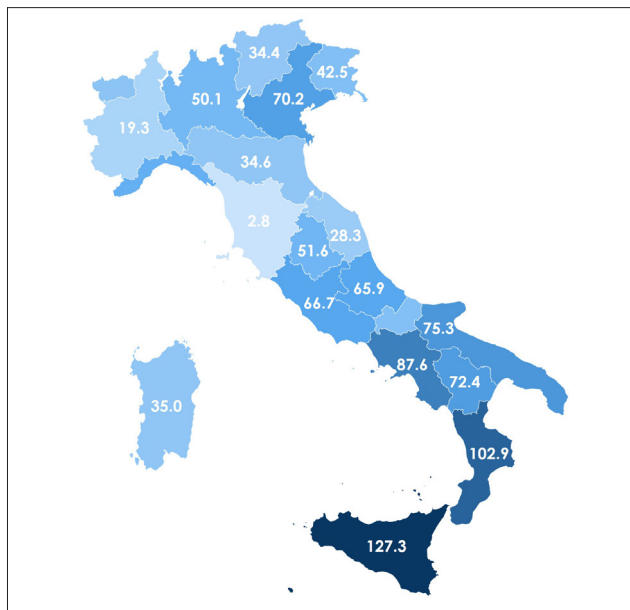
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

Figura 45
Indice di Performance 2017 e 2022



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

Figura 46
Indice di Performance Regionale: dinamica 2022/2017
Valore %



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

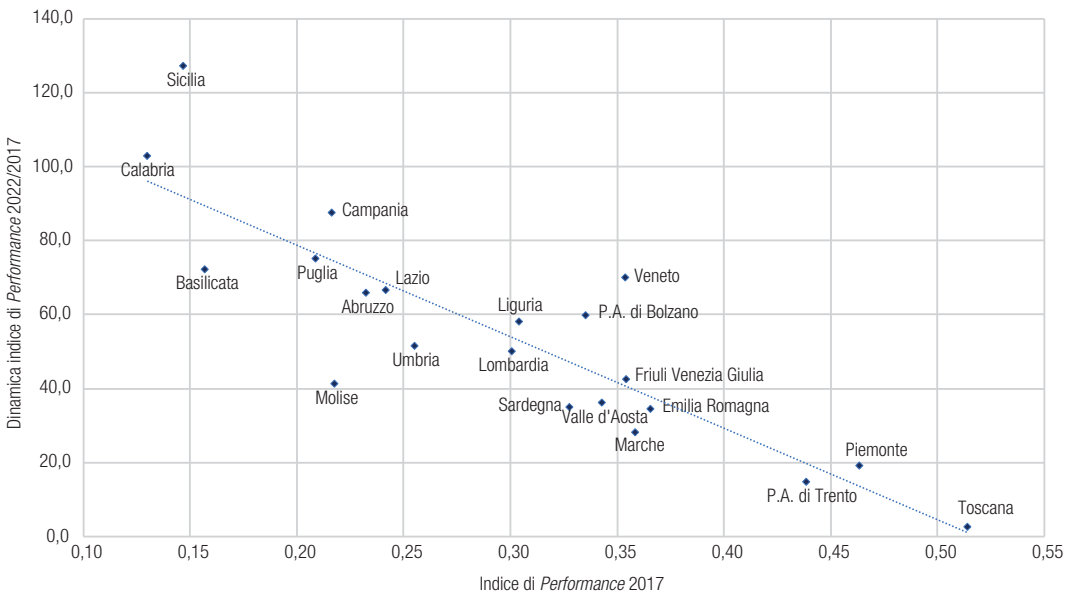
Il miglioramento dell'indice di *Performance* ha interessato tutte le ripartizioni geografiche, in maggior misura le Regioni del Mezzogiorno (+75,9% in media), poi quelle del Nord-Est (+44,9%), quelle del Nord-Ovest (+40,9%) e del Centro (+37,4%).

In tutte le Regioni si è registrato un miglioramento della *Performance* nel periodo considerato: quello maggiore si è registrato in Sicilia (+127,4%) e Calabria (+102,9%), seguite da Campania e Puglia con +87,6% e +75,3%; quello più basso in Toscana, P.A di Trento e Piemonte, con +2,8%, +14,9% e +19,3% rispettivamente (Figura 46).

Il dettaglio sulla dinamica dei singoli indicatori, per Regione, è riportato in appendice al volume.

Analizzando il livello della *Performance* nelle Regioni e la sua dinamica nel periodo considerato si osserva una correlazione negativa (-0,86), ovvero l'entità del miglioramento diminuisce all'aumentare del livello di *Performance*: in altri termini i miglioramenti maggiori si sono riscontrati nelle Regioni con il più basso indice di *Performance* (Figura 47). Negli ultimi anni, quindi, sembra essersi registrato una significativa riduzione delle distanze in termini di opportunità di tutela della salute fra Meridione e Setentrione. D'altra parte, rileva che malgrado il *Panel* rilevi un livello attuale della *Performance* ancora lontano da valori ottimali, non sembra che le Regioni con *Performance* migliori riescano a registrare significativi passi avanti: probabilmente ad indicare l'esistenza di limiti strutturali, dettata dall'attuale assetto del sistema sanitario.

Figura 47
Indice di *Performance* 2017 vs variazione 2022/2017



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

5. Note sul monitoraggio e la valutazione degli effetti dell’Autonomia differenziata in Sanità

Con la riforma del Titolo V della Costituzione (L. Cost. 3/2001), la Repubblica ha adottato un assetto federalista, la cui più compiuta applicazione si può affermare sia sinora stata quella in campo sanitario*.

Nel disegno costituzionale riformato, una particolare rilevanza viene assunta dalla modifica dei criteri di solidarietà che regolano i rapporti fra Regioni.

Anche l’affermazione precedente trova una compiuta dimostrazione proprio in campo sanitario. Infatti, sin dalla istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (L. n. 833/1978), la riduzione delle disparità territoriali è stato obiettivo prioritario delle politiche sanitarie; obiettivo normativamente confermato e rafforzato dalla definizione dei cosiddetti “Livelli Essenziali ed Uniformi di Assistenza” (LEUA, D.Lgs. 502/92), che dovevano essere garantiti su tutto il territorio nazionale. Il perseguimento dell’obiettivo è stato supportato da una politica di finanziamento basata, seppure con alterne vicende relativamente ad alcuni aspetti “tecnici”, sulla determinazione del bisogno sanitario: una strategia di finanziamento, quindi, che scinde completamente le risorse disponibili, da quelle regionalmente garantite, essendo quest’ultime legate ai soli specifici “bisogni” della popolazione regionale.

L’assetto del finanziamento non è cambiato neppure dopo la “perdita” dell’uniformità nella definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA, DPCM 29.1.2001), mantenendo il principio di ripartire l’ammontare di risorse definito a priori in base a istanze macro-economiche e politiche unicamente in base ai bisogni sanitari della popolazione. In altri termini, le risorse che si possono rendere disponibili per il SSN sono decise a priori, in base alla congiuntura economica e alla garanzia di erogazione dei LEA, e vengono poi ripartite fra le Regioni in base ai relativi “bisogni”. Un assetto che intrinsecamente implica che eventuali maggiori disponibilità (e simmetricamente eventuali minori disponibilità) a livello nazionale automaticamente si trasformino in un beneficio (simmetricamente “sacrificio”) distribuito su tutte le Regioni.

A ben vedere, il meccanismo che lega le disponibilità delle Regioni (al netto delle risorse proprie regionali destinabili ai cosiddetti extra-LEA) all’evoluzione economica e politica nazionale, rimane “in piedi” anche dopo la riforma costituzionale.

Infatti, malgrado l’art. 119 del “nuovo” titolo V della Costituzione, esplicitamente affermi che la perequazione regionale per i territori con minore capacità fiscale per abitante, sia funzionale a garantire la possibilità per le «...Regioni di finanziare integralmente le funzioni pubbliche loro attribuite...», ovvero esprima una “garanzia” di finanziamento regionale che si “ferma” a quanto necessario per erogare i LEA (nel frattempo oggetto del DPCM 29.1.2001), il meccanismo perequativo contenuto nel coevo D.Lgs. n. 56/2000, continuava a prevedere un riparto proporzionale ai bisogni, annullando (a meno di una quota pari al 10%) gli effetti delle differenti capacità fiscali.

In altri termini, per molto tempo il livello del finanziamento è rimasto “esogeno”, e quindi anche le eventuali variazioni del livello di finanziamento regionale: ne segue che tutte le Regioni ancora beneficiano (o soffrono) di aumenti (o riduzioni) del livello complessivo delle risorse destinate alla Sanità; le “posizioni relative” regionali, almeno in via teorica, non si modificano (al netto del 10% sopra citato): anzi, sempre l’art. 119 del Titolo V, pre-

* Le riflessioni riportate nel presente paragrafo sono state riportate nel contributo della precedente edizione, ma si è ritenuto utile riproporle anche nella presente.

vede la possibilità che il livello centrale destini “risorse aggiuntive” per «... rimuovere gli squilibri economici e sociali, per favorire l’effettivo esercizio dei diritti della persona ...».

Volendo sintetizzare, la normativa, in tal modo, è rimasta fedele al principio originario, ovvero quello di ridurre prioritariamente le disparità esistenti. È necessario attendere la L. n. 42/2009, per vedere sancita la volontà di superare questo approccio, riportando il meccanismo di finanziamento nell’alveo di una lettura “letterale” dell’art. 119 citato; in conseguenza di ciò, a seguire si è generata l’esigenza di definire i costi standard dei LEA (a cui dà, in qualche modo, una risposta, per quanto opinabile il D.Lgs. n. 68/2011; Spandonaro, in *Quotidiano sanità* 2010); con questa “formula” si intende individuare i livelli minimi di finanziamento da garantire alle singole Regioni, affinché possano onorare “le funzioni pubbliche loro attribuite...” come previsto dall’art. 119.

Va da sé che, in questo modo, sia “saltato” il legame esistente fra livello delle disponibilità a livello nazionale e livello di finanziamento delle singole Regioni. Solo quanto necessario per coprire il costo (efficiente) atteso per l’erogazione dei LEA rimane certamente garantito per ogni Regione.

Ovviamente, è possibile che a fronte di una congiuntura economica (e una volontà politica) favorevole, siano rivisti in senso espansivo i LEA, ma va da sé che non si tratta di una opzione automatica: e anzi, si tratta di una opzione “complessa”, in quanto ogni aumento dei LEA implica in prospettiva un aumento della perequazione e, quindi, anche interessi regionali confliggenti. In definitiva, si riduce, o forse si annulla, la funzione “redistributiva” del sistema di finanziamento/riparto, che rimane limitata all’eventuale disponibilità di “risorse aggiuntive” centrali, ex art. 119, destinate a «... rimuovere gli squilibri economici e sociali ...».

In questo contesto di ripensamento del ruolo del finanziamento/riparto, come sino a quel momento interpretato, ai fini della “riduzione delle disparità territoriali”, si inserisce da ultimo il dibattito politico innestatosi sul tema del riconoscimento di “forme e condizioni particolari di autonomia per le Regioni”, note anche come forme di “Autonomia Differenziata” (AD).

Si tratta di una opzione esplicitamente prevista dall’art. 116, terzo comma, della Costituzione, della quale il recente disegno di legge “Disposizioni per l’attuazione dell’autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell’articolo 116, terzo comma, della Costituzione” ha chiarito come essa possa/debba realizzarsi rispettando un doppio passaggio normativo e con l’obiettivo di fondo di non creare nocimento alle Regioni economicamente e organizzativamente più deboli: anzi, l’aspettativa del legislatore è che la maggiore autonomia riconoscibile ad alcune Regioni rappresenti un «... traino ...» anche per le altre.

Le condizioni per l’autonomia differenziata, in estrema sintesi, appaiono essere due: la definizione dei LEP (Livelli Essenziali delle Prestazioni) e la stima dei costi delle “ulteriori” funzioni attribuite alle Regioni richiedenti.

L’individuazione dei LEP risulta essenziale, nella misura in cui il loro rispetto è la condizione prima per poter ambire a forme di autonomia differenziata; come argomentato, la loro valorizzazione, mediante i costi standard, definisce altresì l’ammontare di risorse che devono continuare a essere garantite alle singole Regioni.

L’individuazione dei LEP è operazione complessa, come ha dimostrato la lunga gestazione in campo sanitario, e anche le difficoltà incontrate nella gestione degli aggiornamenti dei LEA: ciò non di meno, limitandoci alla Sanità, seppure con alcune criticità legate alla definizione dei costi standard (Spandonaro, in *Quotidiano sanità* 2010), la questione

appare ormai “risolta”.

Altrettanto complessa è la questione del costo delle ulteriori funzioni attribuite alle Regioni, al fine del relativo trasferimento dal livello centrale a quello regionale: la stima dei costi standard si è infatti dimostrata complessa già per i LEA e dovrà essere sviluppata per molti altri settori di intervento; inoltre, incombe sul trasferimento il rischio della perdita di alcune economie di scala: o meglio, le stime sono rese complesse dalla difficoltà di pesare la compensazione fra diseconomie di scala ed economie di “specializzazione” generate, queste ultime, grazie ad una presunta maggiore efficienza regionale.

Anche per questo aspetto, in campo sanitario l'impatto finanziario dell'AD appare modesto, almeno se ci limitiamo a considerare le bozze delle richieste regionali; infatti, le richieste di maggiore autonomia sono in larga misura legate alla possibilità di legiferare con maggiore autonomia su temi organizzativi, relativamente al personale, alle partecipazioni, alla definizione dei tetti e di alcuni aspetti della politica farmaceutica, così come delle forme di sanità integrativa; almeno ad una prima analisi, non sembrano quindi esserci funzioni che prevederanno significativi trasferimenti di risorse dal livello centrale a quello regionale.

In campo sanitario, il punto di maggiore interesse, e potenziale impatto, dell'AD è quello relativo agli effetti sul livello di efficacia/efficienza complessivo del servizio sanitario: in altri termini, sulla capacità di innescare un processo virtuoso (il “traino” richiamato nel disegno di legge), evitando il rischio della generazione di forme di competizione “non voluta” fra le Regioni.

Un “rischio” che evidentemente non si può a priori logicamente escludere, almeno per alcune richieste di “autonomia”: si pensi al caso delle politiche retributive del personale dove, in presenza di una evidente carenza di offerta (per gli infermieri e per alcune specializzazioni e posizioni fra i medici), le Regioni con maggiori risorse potrebbero attirare le risorse migliori, generando un effetto spiazzamento per le altre.

Quanto precede induce a ritenere opportuno implementare un sistema di monitoraggio degli effetti (prospettici) della autonomia differenziata.

In altri termini, la migliore garanzia di uno sviluppo equilibrato della opzione prevista dall'art. 116 della Costituzione, rimane la misurazione continua e sistematica dei suoi effetti prodotti.

A tal fine, di seguito si propone una estensione della metodologia di valutazione delle *Performance*, finalizzata a monitorare e valutare gli impatti sui *trend* regionali dell'intervento di modifiche istituzionali (ma anche organizzative o strutturali), come può essere in prospettiva il riconoscimento ad alcune Regioni di una Autonomia Differenziata.

5.1. Metodologia

Il sistema di misurazione della *Performance* del livello di tutela della salute a livello regionale, sviluppato sin dal 2012 da C.R.E.A. Sanità, rappresenta un esempio operativo di monitoraggio, da cui è possibile prendere spunto per implementarne uno aggiuntivo sugli effetti della AD.

Già nella scorsa edizione dello studio (2023), il *Panel multistakeholder* che supporta il progetto si è interrogato su come il sistema di misurazione della *Performance* potesse essere opportunamente utilizzato per svolgere un ruolo di supporto nel monitoraggio degli effetti dell'AD.

In quella sede, tre necessità sono emerse come specificamente rilevanti:

- 1) effettuare una analisi dinamica delle *Performance* (prima e dopo l'eventuale ri-

conoscimento dell'AD ad alcune Regioni)

- 2) "specializzare" il sistema di indicatori usati per la misurazione della *Performance*
- 3) implementare per tempo adeguati sistemi informativi.

Va ricordato che lo studio sulle "*Performance Regionali*", condotto sin dal 2012, ha negli anni consolidato l'evidenza di come la *Performance* sia una "categoria" multidimensionale, multi-prospettiva e anche dinamica.

Questo implica che, di anno in anno, gli indicatori sottostanti la misura della *Performance* possono cambiare, seguendo le priorità degli *stakeholder* del sistema sanitario.

Va aggiunto che, ai fini del monitoraggio degli effetti di una eventuale AD in Sanità, riteniamo che l'elemento "minimo" (in ossequio al vigente disegno federalista) debba essere la verifica che non si generino arretramenti regionali (almeno rispetto ai LEA, ma si ritiene più in generale anche rispetto alla *Performance* complessiva), ovvero che tutte le Regioni procedano in un processo di miglioramento (o almeno non arretramento), evitando peggioramenti attribuibili a una autonomia più competitiva che cooperativa.

Al fine di monitorare l'effettiva evoluzione, si richiede la determinazione delle dinamiche regionali, ricostruendo retrospettivamente il valore degli indicatori (prima e dopo l'avvento di una variazione normativa quale, nello specifico, potrebbe essere il riconoscimento di una AD alle Regioni che ne faranno richiesta).

Sulla base delle osservazioni che precedono, di seguito si propone una specifica metodologia di monitoraggio.

In particolare, è stato selezionato dal *set* completo di indicatori della misura della *Performance*, un sottogruppo di dieci indicatori, due per ognuna delle cinque dimensioni di valutazione (viene in questo caso escluso il Sociale).

Non essendo ad oggi stata riconosciuta l'AD a nessuna Regione, al mero fine di sperimentare l'implementabilità della metodologia, sono stati calcolate, per il periodo 2017-2022, le dinamiche registrate nelle Regioni, a loro volta raggruppate a gruppi e poi comparate: in particolare, si sono confrontate il gruppo delle Province/Regioni Autonome o a statuto speciale verso le altre, quelle in Piano di Rientro (sempre verso le altre) e quello delle Regioni che hanno richiesto l'AD nel 2017 (Emilia Romagna, Lombardia e Veneto), verso le altre.

Le comparazioni delle dinamiche nei diversi gruppi sono funzionali, quando verrà "inaugurata" l'AD, a confrontare i *gap* nelle dinamiche prima e dopo l'introduzione dell'AD, ottenendo così una indicazione dei suoi effetti.

Nello specifico, le dinamiche, per ogni indicatore, possono essere confrontate in varie modalità, ovvero in termini di:

- numero di Regioni in miglioramento o peggioramento
- numero di Regioni (ponderate per la popolazione) in miglioramento o peggioramento
- entità del miglioramento/peggioramento dell'indicatore
- entità del miglioramento/peggioramento dell'indicatore, ponderato per la popolazione.

La dinamica, apprezzabile per ogni indicatore, è ulteriormente sintetizzabile sommandola in una unica variazione media: somma che può essere "semplice" o ponderata con i "pesi" attribuiti dal *Panel* agli indicatori.

Da ultimo, i confronti (fra indicatori o fra misure sintetiche) possono essere riassunti in un unico indice rapportando il saldo fra miglioramenti e peggioramenti nelle Regioni dei diversi gruppi.

“Opportunità di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

Va da ultimo espressa/ribadita una doppia nota di cautela; intanto, poiché a nessuna Regione ad oggi è stata concessa l'AD, l'esercizio numerico che segue va, quindi, inteso come una mera esemplificazione tesa a dimostrare l'implementabilità del metodo. Inoltre, il *Panel* si è più volte espresso sottolineando l'attuale inadeguatezza dei sistemi informativi ai fini del monitoraggio dell'AD: è, quindi, auspicabile che si arrivi ad un adeguato investimento per migliorare i sistemi informativi e quindi avere a disposizione indicatori più adeguati.

5.2. Esempificazione

Con i caveat espressi, ricordiamo che l'*Expert Panel* ha selezionato 10 indicatori, due per Dimensione (Equità, Appropriatelyzza, Esiti, Innovazione ed Economico-finanziaria, escludendo il Sociale) per testare il modello di monitoraggio.

In particolare, sono stati selezionati gli indicatori contenuti nella Tabella 1:

Tabella 1.

Indicatori di *Performance* per monitoraggio *Autonomia Differenziata*

Equità	Quota mobilità passiva effettiva per DRG a bassa e media complessità
	Quota di persone che rinuncia a prestazioni sanitarie (motivi economici, distanza, liste d'attesa, orari scomodi, etc.)
Esiti	Speranza di vita senza limitazioni funzionali (<i>over 65 anni</i>)
	Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni
Appropriatelyzza	Tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde
	Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche
Innovazione	Indice di implementazione rete oncologica
	Tasso di attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico
Economico-finanziaria	Spesa sanitaria pubblica pro-capite: <i>gap</i> rispetto alla media EU
	Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali

In accordo con le indicazioni dell'*Expert Panel*, si è condotto l'esercizio confrontando la dinamica nel medio periodo (ultimi sei anni) nei seguenti gruppi di Regioni:

- Province/Regioni Autonome e/o a statuto speciale vs altre
- Regioni in Piano di Rientro economico-finanziario vs altre
- Regioni che hanno richiesto l'AD in Sanità nel 2017, Emilia Romagna, Lombardia e Veneto, vs altre.

Si riporta a seguire la comparazione della dinamica degli indicatori prescelti, separatamente per ognuno dei tre confronti sopra indicati.

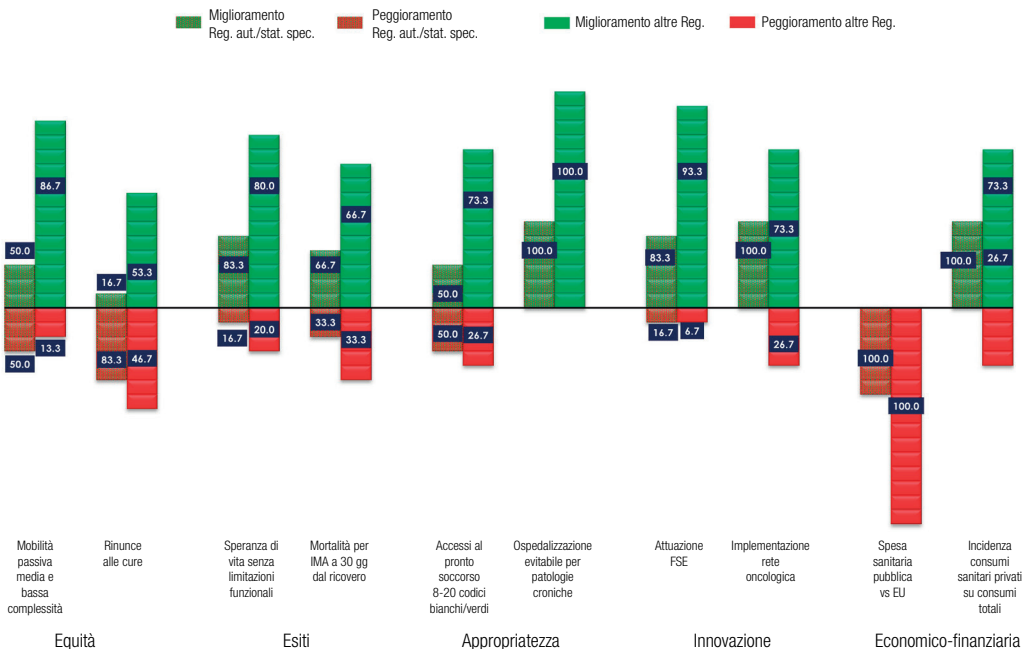
Prov./Reg. Autonome o a statuto speciale vs Altre

In primo luogo, è stata confrontata la dinamica dei 10 indicatori prescelti, nelle Prov./Reg. Autonome o a statuto speciale con quella registrata nelle altre Regioni.

Per ognuno dei 10 indicatori si propongono due colonne appaiate, una per il primo gruppo (Prov./Reg. Autonome o a statuto speciale) ed una per il secondo. Le colonnine appaiate nella Figura 48 mostrano le Regioni che migliorano (in verde) e quelle che peggiorano (in rosso).

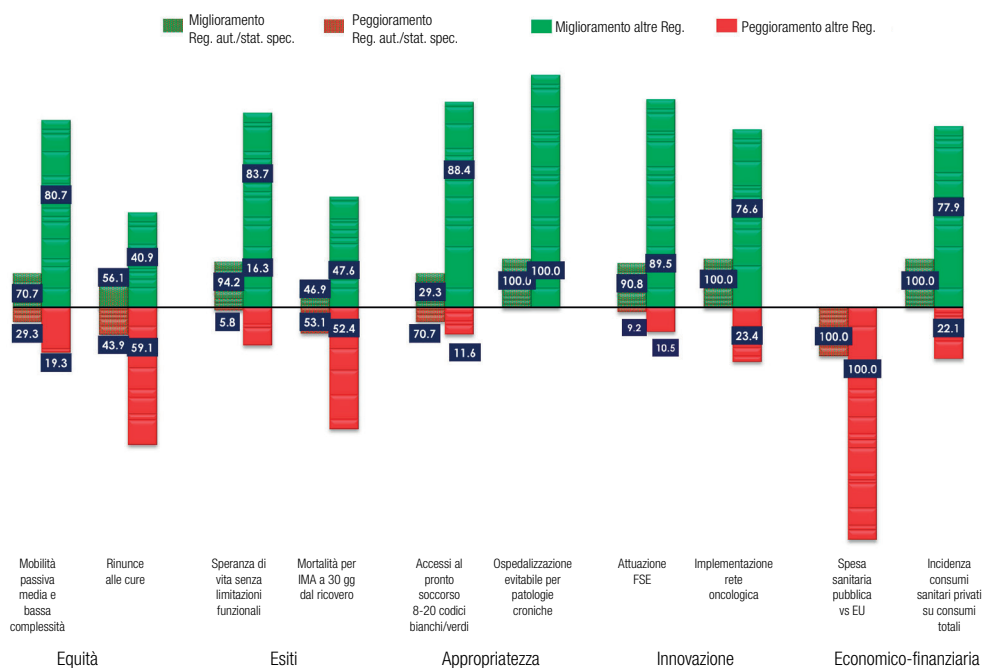
La figura restituisce, quindi, l'indicazione relativa al numero di Regioni in miglioramento o peggioramento nel periodo considerato, singolarmente per ogni indicatore; dal numero di "blocchetti" verdi o rossi delle colonne si può desumere graficamente se nei due gruppi prevalgano i miglioramenti o i peggioramenti, e le differenze relative.

Figura 48
Dinamica regionale
Miglioramenti e peggioramenti
confronto Prov/Reg Aut/St.spec vs Altre Regioni



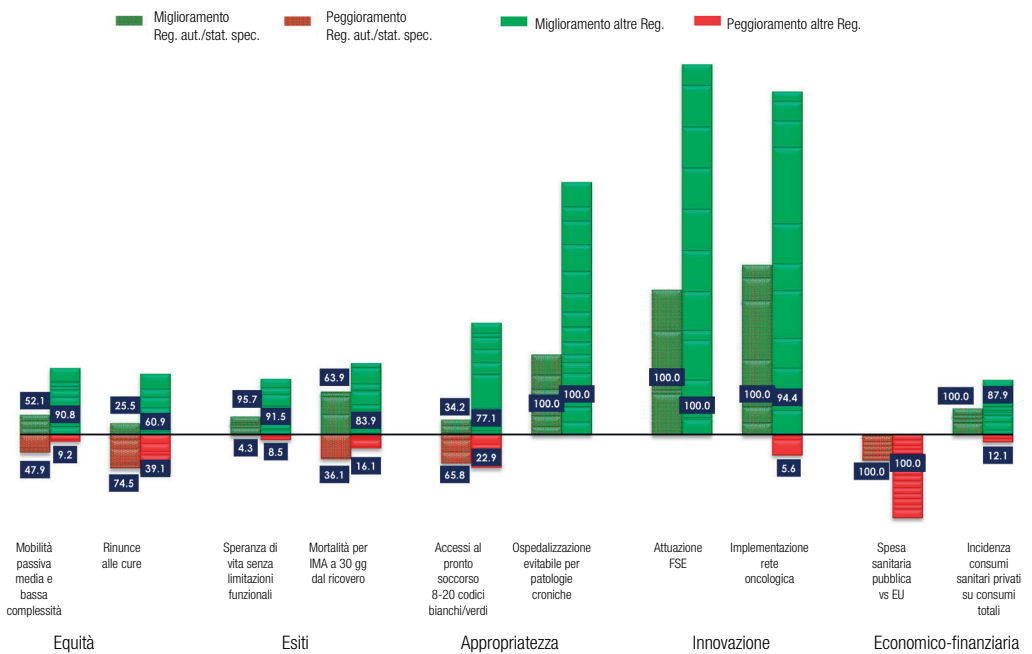
La Figura 49 è leggibile come la precedente, ma corregge l’analisi tenendo conto delle diverse dimensioni delle popolazioni regionali e, quindi, graficamente pesa di più le variazioni intervenute nelle Regioni di maggiori dimensioni. In questo modo i rapporti fra “aree verdi” (miglioramenti) e “aree rosse” (peggioramenti) rendono meglio l’impatto complessivo sulla popolazione italiana.

Figura 49
Dinamica regionale ponderata per le popolazioni
Miglioramenti e peggioramenti
confronto Prov/Reg Aut/St.spec vs Altre Regioni



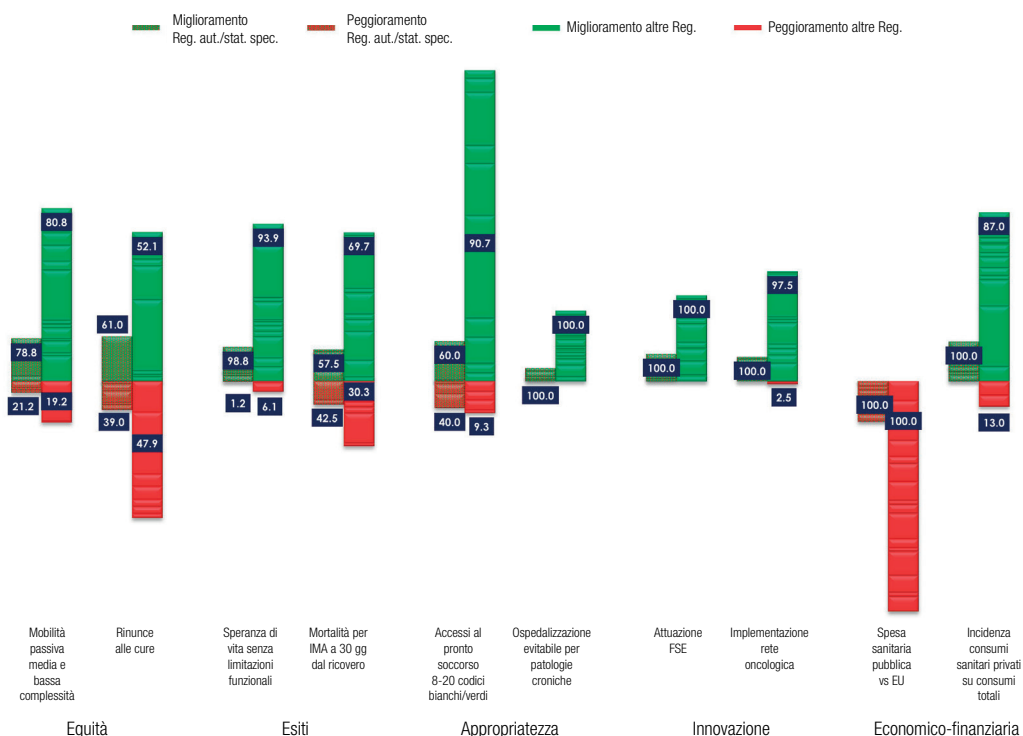
La Figura 50 corregge invece la rappresentazione grafica tenendo conto delle diverse entità delle variazioni degli indicatori; graficamente pesano di più, quindi, le variazioni degli indicatori di maggiore entità. In questo modo i rapporti fra “aree verdi” (miglioramenti) e “aree rosse” (peggioramenti) rendono l’impatto complessivo mediando rispetto alle diverse dinamiche degli indicatori.

Figura 50
Dinamica regionale ponderata per le entità delle variazioni degli indicatori
Miglioramenti e peggioramenti
confronto Prov/Reg Aut/St.spec vs Altre Regioni



Infine, la Figura 51 corregge per entrambi i fenomeni contemporaneamente: quindi la rappresentazione grafica tiene conto sia della diversa dimensione delle popolazioni regionali, sia delle diverse entità delle variazioni degli indicatori.

Figura 51
Dinamica regionale ponderata per le popolazioni e l'entità delle
variazioni degli indicatori
Miglioramenti e peggioramenti
confronto Prov/Reg Aut/St.spec vs Altre Regioni



Regioni in Piano di Rientro vs Altre

Come anticipato nella sezione metodologica, l'esercizio di valutazione della dinamica degli indicatori è stato replicato confrontando anche le Regioni in Piano di Rientro con le altre.

Per l'interpretazione delle figure valgono le osservazioni fatte nel paragrafo precedente.

Figura 52
Dinamica regionale
Miglioramenti e peggioramenti
confronto Reg. Piano di Rientro vs Altre Regioni

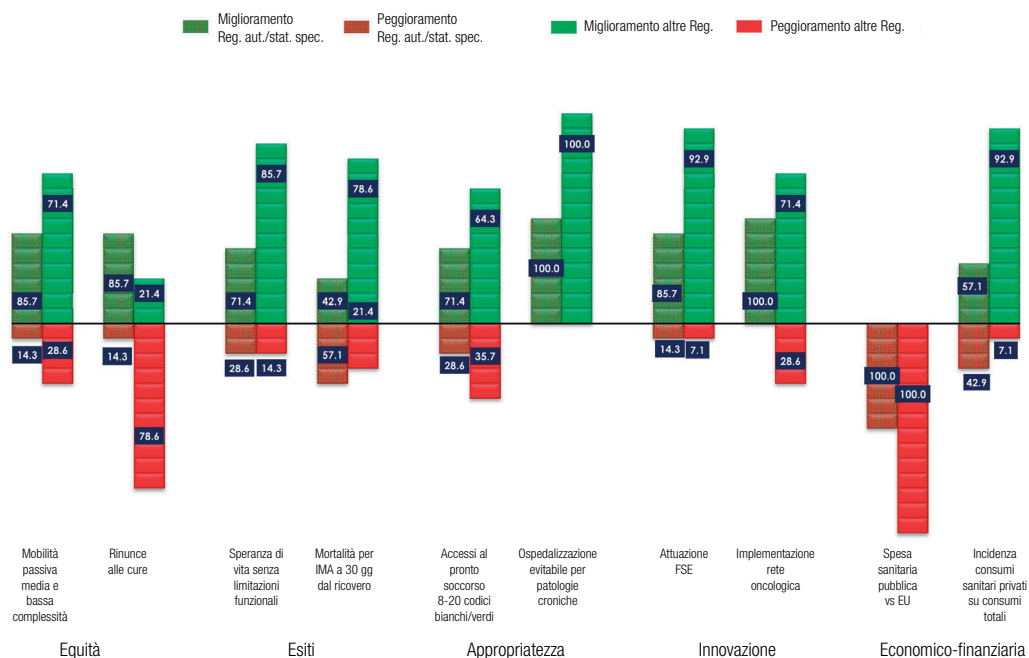


Figura 53
Dinamica regionale ponderata per le popolazioni
Miglioramenti e peggioramenti
confronto Reg. Piano di Rientro vs Altre Regioni

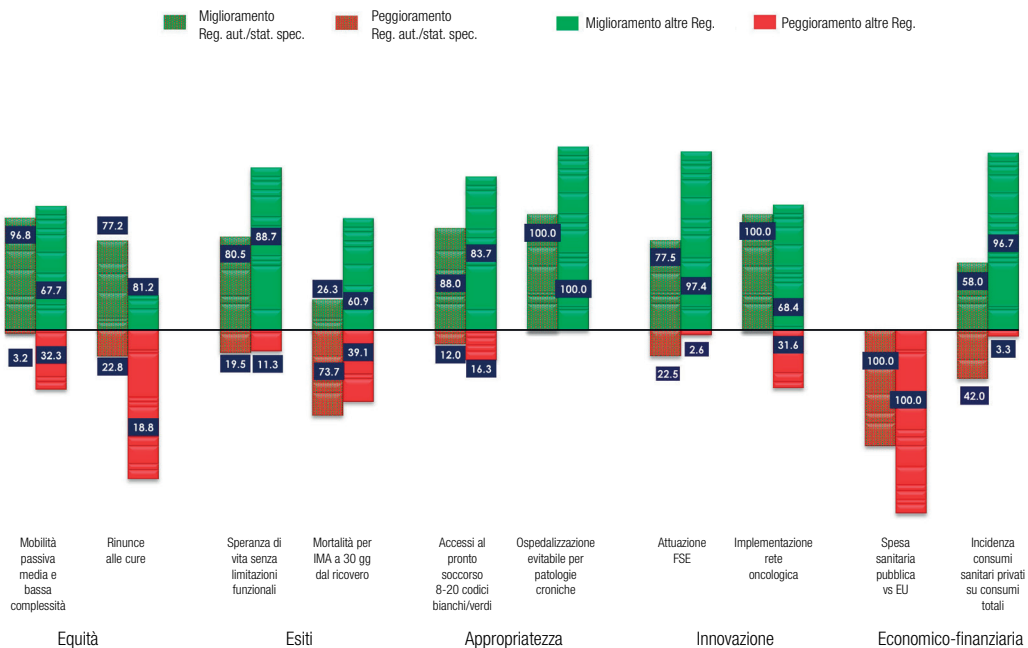


Figura 54
Dinamica regionale ponderata per le entità delle variazioni degli indicatori
Miglioramenti e peggioramenti
confronto Reg. in Piano di Rientro vs Altre Regioni

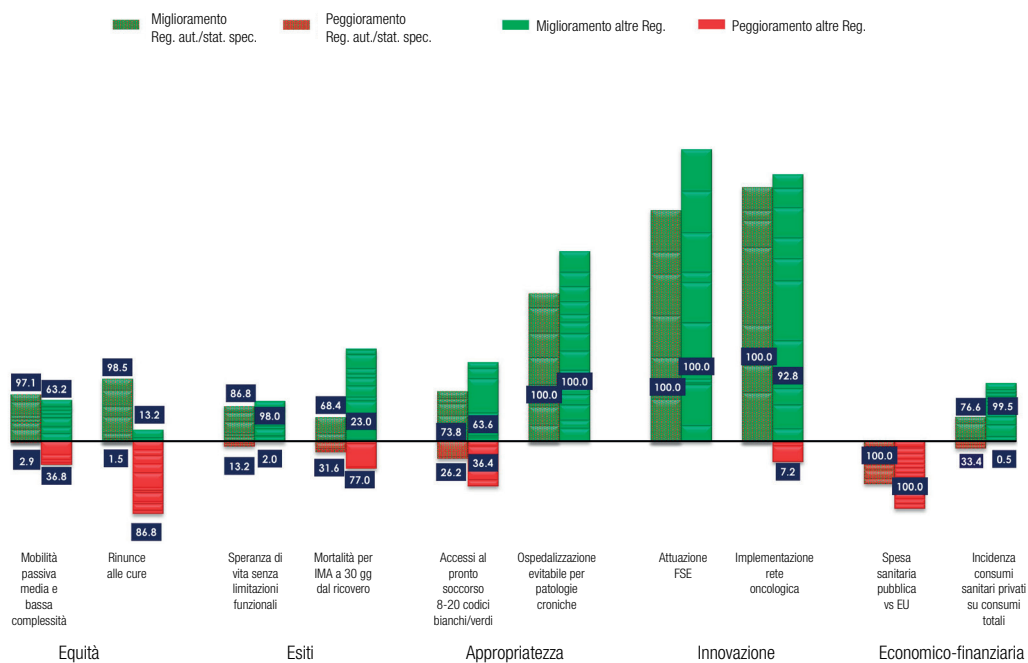
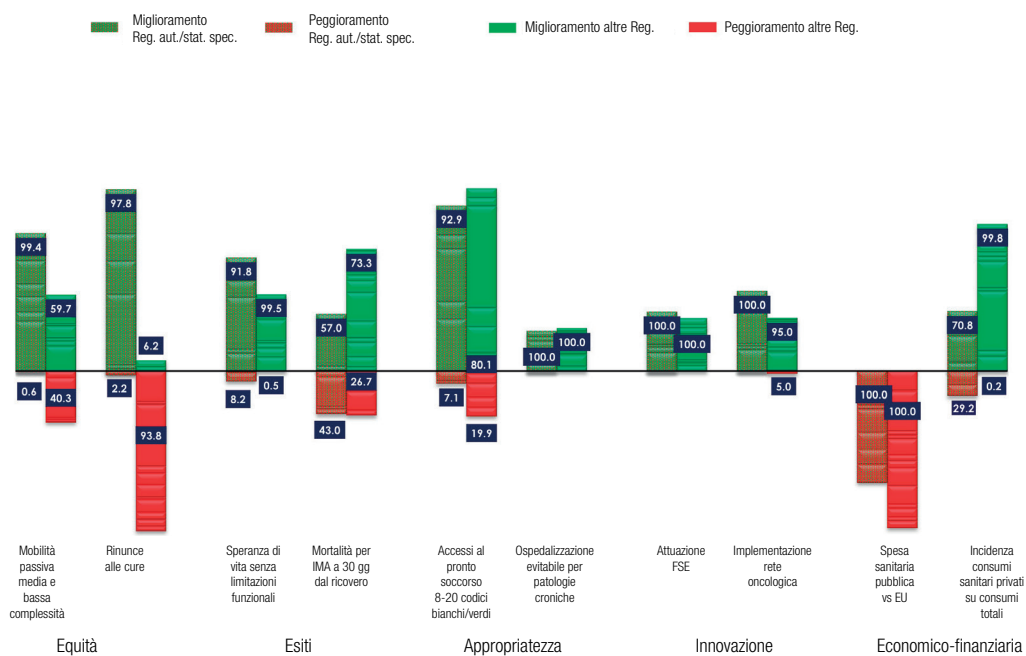


Figura 55
Dinamica regionale ponderata per le popolazioni e l'entità delle
variazioni degli indicatori
Miglioramenti e peggioramenti
confronto Reg. in Piano di Rientro vs Altre Regioni



Regioni che hanno richiesto AD (Emilia Romagna, Lombardia e Veneto) vs Altre

Infine, l'esercizio di valutazione della dinamica degli indicatori è stato replicato secondo un nuovo raggruppamento delle Regioni, ovvero confrontando quelle che hanno chiesto la concessione di maggiore autonomia (nel 2017) e le altre.

Per l'interpretazione delle figure continuano a valere le osservazioni fatte nei paragrafi precedenti.

Figura 56
Dinamica regionale
Miglioramenti e peggioramenti
confronto Reg. rich. AD vs Altre Regioni

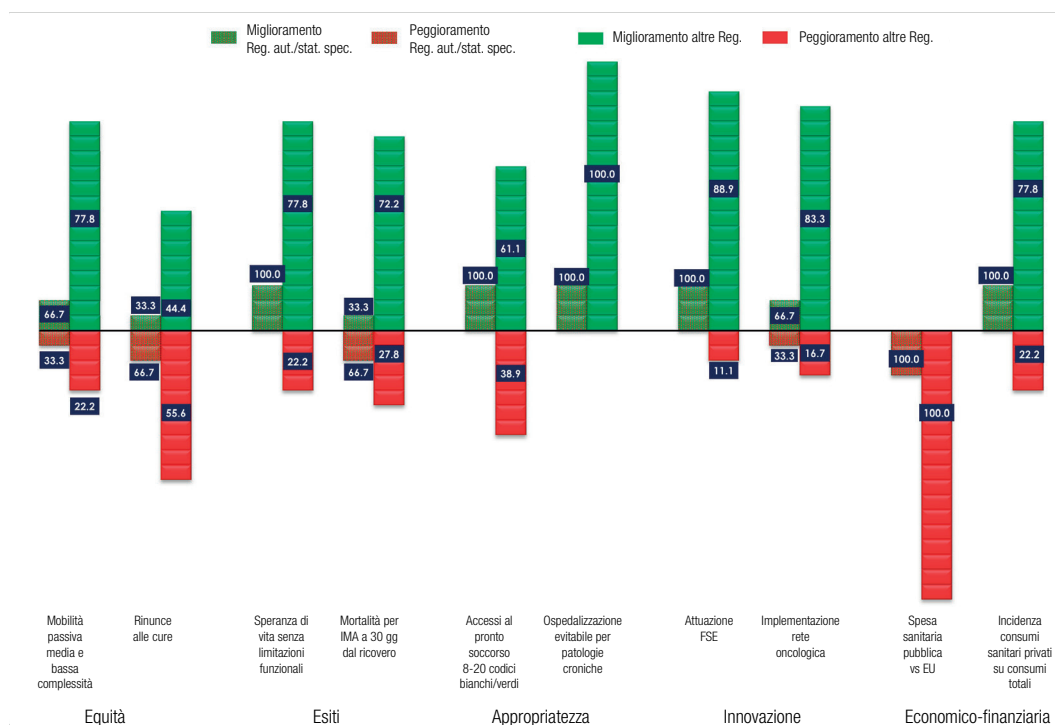


Figura 57
Dinamica regionale ponderata per le popolazioni
Miglioramenti e peggioramenti
confronto Reg. rich. AD vs Altre Regioni

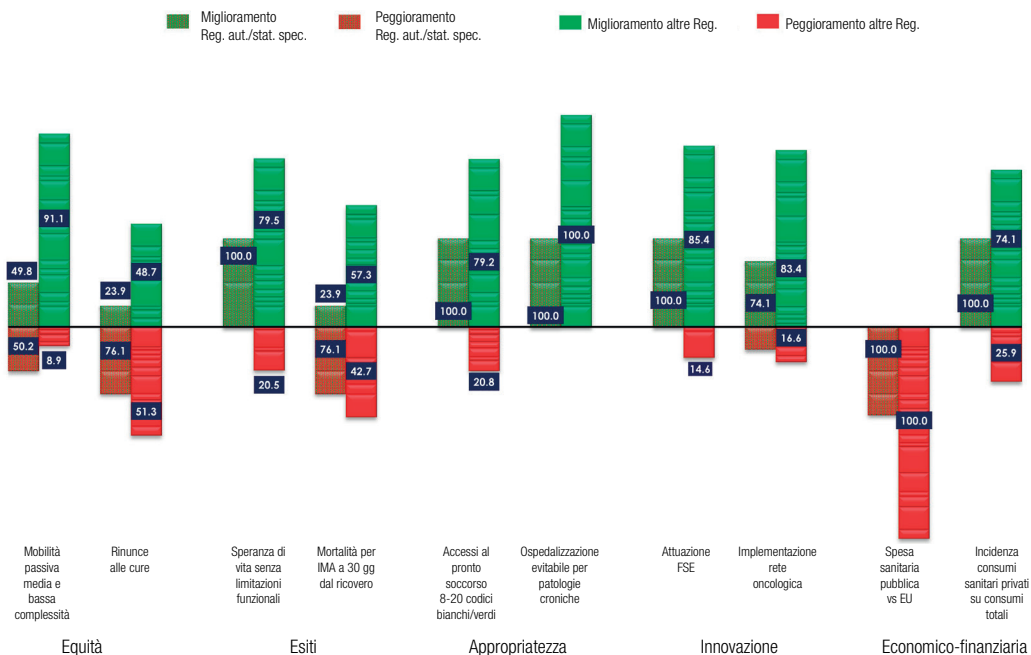


Figura 58
Dinamica regionale ponderata per le entità delle variazioni degli indicatori
Miglioramenti e peggioramenti
confronto Reg. rich. AD vs Altre Regioni

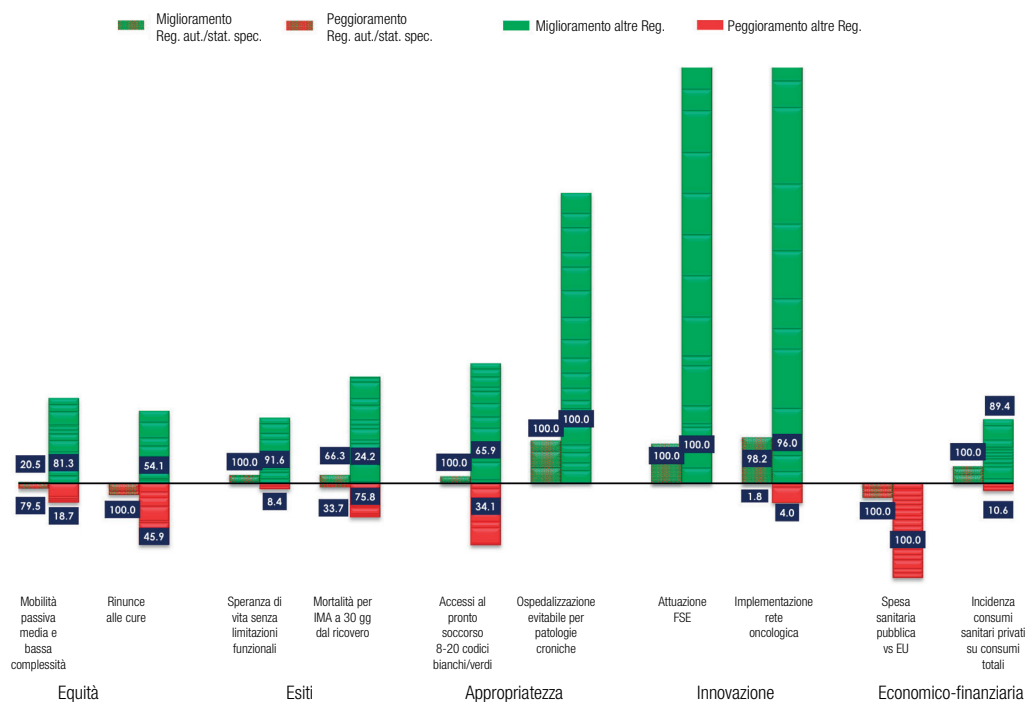
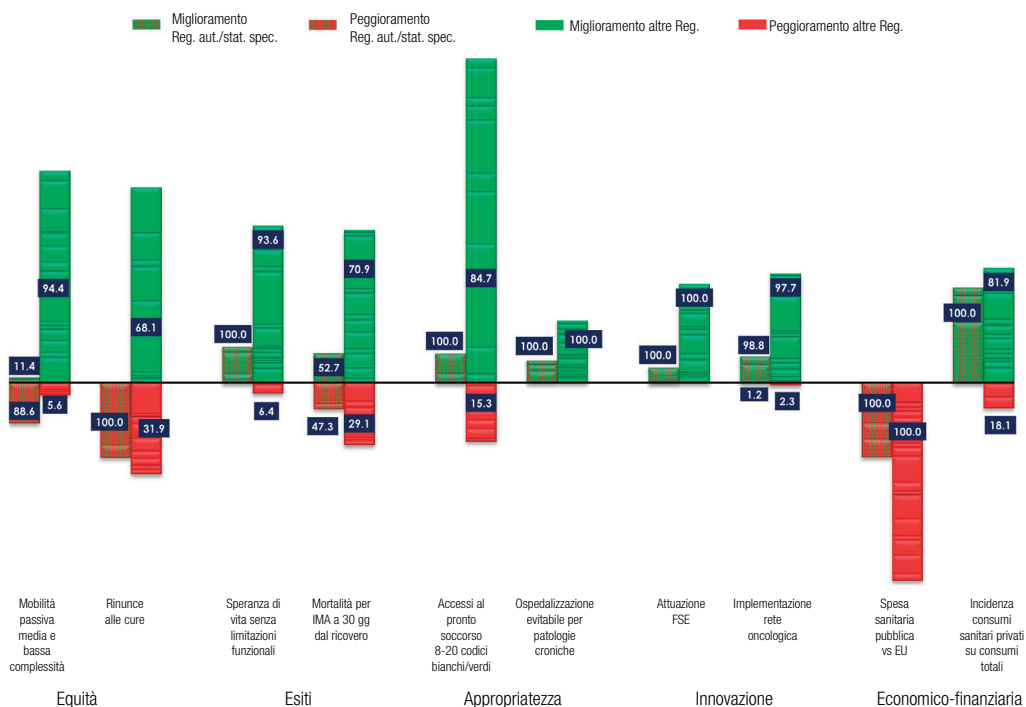


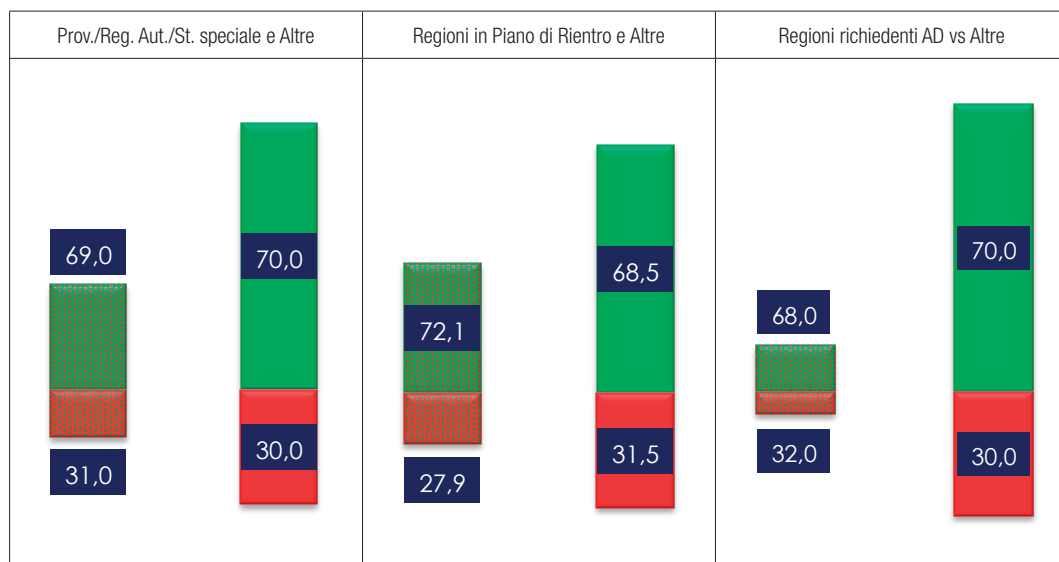
Figura 59
Dinamica regionale ponderata per le popolazioni e l'entità delle
variazioni degli indicatori
Miglioramenti e peggioramenti
confronto Reg. rich. AD vs Altre Regioni



Sintesi

Sommando (e ponderando) le variazioni dei 10 indicatori si possono ottenere le “aree di miglioramento/peggioramento” rappresentate nella Figura 60, deputata a fornire una misura sintetica della dinamica nei diversi gruppi di Regioni registrata nel periodo considerato. In altri termini, le aree permettono di confrontare il complessivo miglioramento (area verde) o peggioramento (area rossa) registratosi nel periodo considerato, comparandoli fra i gruppi di Regioni selezionate, offrendo una misura grafica di quale sia stata la dinamica (ovvero se sia stata più o meno favorevole) nei diversi gruppi.

Figura 60
Indice Sintetico Ponderato (ISP)



Partendo dalle aree “cumulate”, ponderate con i pesi attribuiti agli indicatori dal *Panel*, rappresentate nella Figura 60, è stato, infine, elaborato anche un indice numerico, che definiamo Indice Sintetico Ponderato (ISP) per ogni gruppo di Regioni proposte per il confronto.

Tale indice può assumere un valore compreso tra -1 e 1 ed è rappresentativo del rapporto tra le aree di peggioramento e di miglioramento nel periodo considerato. Il valore 0 è indicativo di una complessiva compensazione fra i miglioramenti e peggioramenti regionali; un valore positivo è indicativo di una prevalenza di miglioramento, ed uno negativo di una prevalenza di peggioramento (1 e -1 nel caso si registrino rispettivamente solo miglioramenti o peggioramenti).

Nel primo confronto, per le Province/Regioni Autonome o a Statuto Speciale l'ISP risulta pari a 0,38 e a 0,40 per le “Altre”.

“Opportunità di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

In questo caso, quindi, possiamo desumerne che nel complesso (nel periodo 2017-2022) la dinamica nelle Province/Regioni Autonome o a Statuto Speciale è stata (leggermente) peggiore che nel gruppo delle “Altre”.

Nel secondo confronto, le Regioni in Piano di rientro registrano un ISP pari a 0,44, contro lo 0,37 delle “Altre”.

In questo caso, quindi, possiamo desumerne che nel complesso la dinamica nelle Regioni in Piano di Rientro è stata nel complesso decisamente migliore che nel gruppo delle “Altre”.

Infine, nel terzo confronto, le Regioni richiedenti AD (Emilia Romagna, Lombardia e Veneto) registrano un ISP pari a 0,36 verso lo 0,40 delle “Altre”.

In questo caso, la dinamica nelle Regioni richiedenti AD è stata, seppure leggermente, peggiore delle “Altre”.

Evidentemente, l'ISP può essere ricalcolato per periodi diversi, ottenendo per confronto una indicazione sull'eventuale cambiamento delle dinamiche nei gruppi di Regioni.

L'avvento dell'autonomia differenziata

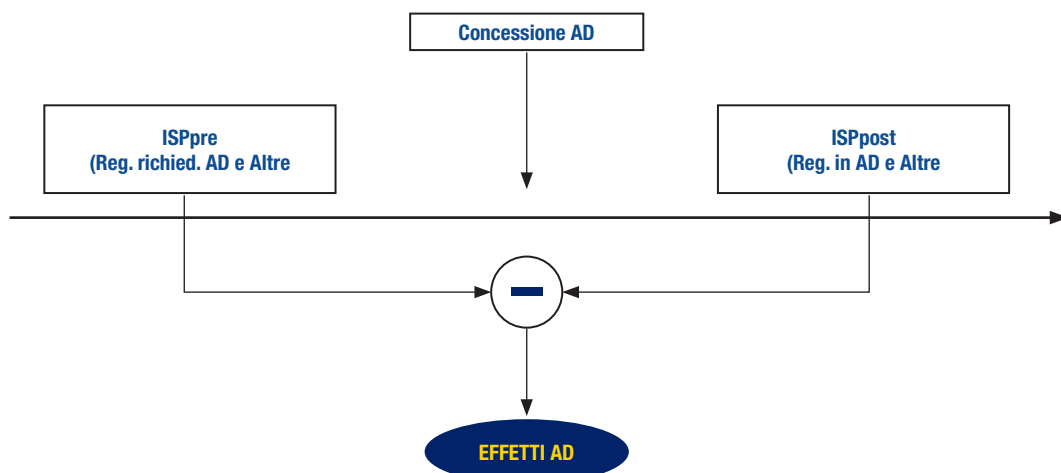
L'esercizio proposto nei paragrafi precedenti mostra la possibilità di implementare un monitoraggio della dinamica di un set di indicatori, nonché di confronto di tale dinamica in due (o più) gruppi di Regioni.

Va da sé che, come anticipato, il confronto fra l'ISP prima e dopo una data *target* fornisce l'indicazione sulle modifiche intervenute nei due periodi, ovvero prima e dopo l'avvento di una qualche modifica istituzionale (o anche di altra fonte), in tema di dinamiche regionali.

Il confronto temporale fra gli ISP può quindi essere proposto come modalità di monitoraggio/valutazione degli effetti di un eventuale futuro riconoscimento dell'AD ad un gruppo di Regioni.

La Figura 61, schematizza la logica della proposta.

Figura 61
Algoritmo monitoraggio effetti AD



In altri termini, il segno delle variazioni dell'ISP può essere utilizzato per fornire una valutazione quali-quantitativa dell'impatto di una modifica nell'assetto regionale (istituzionale, organizzativo, etc.).

Data l'aspettativa riposta sulla AD, si potrebbe proporre la seguente "regola di lettura" dello schema riportato in Figura 62.

Figura 62
Regole di lettura effetti AD

Reg. con AD Δ ISP (post-pre)	Altre Regioni Δ ISP (post-pre)	Effetto
▲	▲	"Effetto traino"
▲	▼	Alert per "Altre"
▼	▲	Effetto boomerang
▼	▼	Alert generale
=	=	No effetto
▲	=	Miglioramento senza "traino"
▼	=	Effetto boomerang
=	▲	No effetto
=	▼	Alert per "Altre"

6. Riflessioni conclusive

La XII edizione dello studio sulle *Performance* Regionali del C.R.E.A. Sanità, in continuità con gli anni precedenti, ha inteso fornire un contributo alla definizione delle politiche sanitarie e sociali, promuovendo miglioramenti nelle opportunità di tutela della Salute offerte nei diversi luoghi di residenza.

Riassumendo le principali evidenze emerse dalle analisi 2023, possiamo in primo luogo osservare come il diverso contributo attribuito alle Dimensioni di *Performance* fornisca spunti per valutare la rispondenza delle politiche in atto rispetto alle aspettative dei vari portatori di interesse. In questa annualità, aggregando i risultati per Dimensione, si osserva come le tre Dimensioni Appropriatelyzza, Esiti e Sociale contribuiscano per oltre il 65% alla *Performance*: 26,6%, 23,9% e 16,2% rispettivamente; segue la Dimensione Innovazione (14,4%); le Dimensioni Equità ed Economico-finanziaria contribuiscono rispettivamente per l'11,2% ed il 10,7%.

In particolare, rispetto allo scorso anno, si è registrato un aumento del peso delle Dimensioni Esiti, Appropriatelyzza e Sociale, a fronte di una riduzione di quello dell'Equità: fenomeno interpretabile come una necessità di garantire prioritariamente le prime due, in un contesto organizzativo definibile come un *working in progress*. Per il *Management* aziendale è ripreso ad aumentare il peso della Dimensione economica, fenomeno attribuibile alle difficoltà gestionale con risorse (in senso lato) limitate. Si conferma anche quest'anno una complessiva maggior soddisfazione da parte delle Istituzioni per i livelli di risultato raggiunti nelle Regioni “migliori”: aspetto interpretabile come una consapevolezza di aver fatto il massimo possibile con le risorse disponibili; gli Utenti ed il *Management* sono, di contro, più critici soprattutto verso le realtà “peggiori”.

Concentrando l'attenzione sulle diverse *Performance* regionali, osserviamo che per le Istituzioni e le Professioni Sanitarie il Veneto e la Toscana sono le realtà dove si ritiene che i cittadini abbiano le maggiori opportunità di tutela socio-sanitaria; seguono la P.A. di Bolzano e il Piemonte (per le Professioni sanitarie), e l'Emilia Romagna per le Istituzioni. Per i rappresentanti del *Management* aziendale il Veneto e la P.A. di Bolzano, segue la P.A. di Trento; per gli Utenti quest'ultima è sostituita dal Piemonte; infine, per l'Industria sono Piemonte, Veneto e P.A. di Bolzano le prime tre realtà con le maggiori opportunità di tutela della Salute.

Si fa presente che il livello di *Performance* massimo riscontrato a livello regionale non supera il 60% della massima (teorica) possibile. Aspetto questo evidentemente indicativo di una non piena soddisfazione da parte degli *stakeholder* dei livelli finora raggiunti.

Va notato che gli indicatori relativi alla presa in carico extra-ospedaliera dei cronici hanno ricevuto una particolare attenzione da parte del *Panel*, secondo il quale non si raggiungono però valori di *Performance* “soddisfacenti” neppure nelle Regioni con i “migliori” risultati: in particolare, nella presa in carico degli anziani non autosufficienti, nel “livello” di spesa sanitaria pubblica, nelle rinunce alle cure, nella gestione domiciliare degli anziani.

Malgrado i livelli della *Performance* rimangano complessivamente distanti dai valori ottimali, si può osservare come nel periodo 2017-2022 si sia registrato un miglioramento dell'indice complessivo di *Performance* del 46%: incremento che ha interessato soprattutto le Regioni del Mezzogiorno, poi quelle del Nord-Est, del Nord-Ovest e del Centro. Degno di attenzione è che il miglioramento nel periodo è stato inversamente proporzionale ai livelli di *Performance* di partenza: sono migliorate soprattutto le Regioni con più bassi livelli di *Performance*.

Da una parte questo sembra suggerire una progressiva riduzione delle disparità nelle

opportunità di tutela della salute fra le Regioni (per lo più in termini di riduzione del gradiente Meridione/Settentrione); dall'altra, il fatto che, anche a fronte di *Performance* che il *Panel* ritiene ancora lontane dai valori ottimali, le Regioni con *Performance* migliori riescano a migliorare ulteriormente solo in modo marginale, sembra indicare l'esistenza di limiti strutturali nell'attuale assetto del sistema sanitario.

Infine, è stata sperimentata una estensione della metodologia di valutazione, finalizzata al monitoraggio delle dinamiche degli indicatori di *Performance* registrate in diversi gruppi di Regioni.

L'esercizio condotto è propedeutico all'implementazione di un monitoraggio degli effetti dell'Autonomia Differenziata in Sanità.

Adottando l'ottica secondo la quale l'elemento chiave, per la valutazione degli effetti della AD, sarà rappresentato dall'aspettativa che tutte le Regioni procedano in un processo di miglioramento, o almeno non peggioramento attribuibile ai rischi che l'autonomia diventi più competitiva che cooperativa, si è descritta e sperimentata una modalità di monitoraggio degli effetti che si determineranno dopo il riconoscimento dell'AD ad un gruppo di Regioni.

Il sistema di monitoraggio e valutazione, in attesa che si chiariscano i termini di accesso all'AD, è stato esemplificato con tre confronti fra diverse tipologie di Regioni, e si ritiene possa rappresentare in prospettiva un supporto alla programmazione socio-sanitaria, fornendo indicazioni tanto sul "verso" degli effetti di eventuali modifiche istituzionali, quanto sugli eventuali ambiti di azione, nei diversi "livelli" di governance: nazionale, regionale e locale.



SCHEDE REGIONI





Guida alla lettura

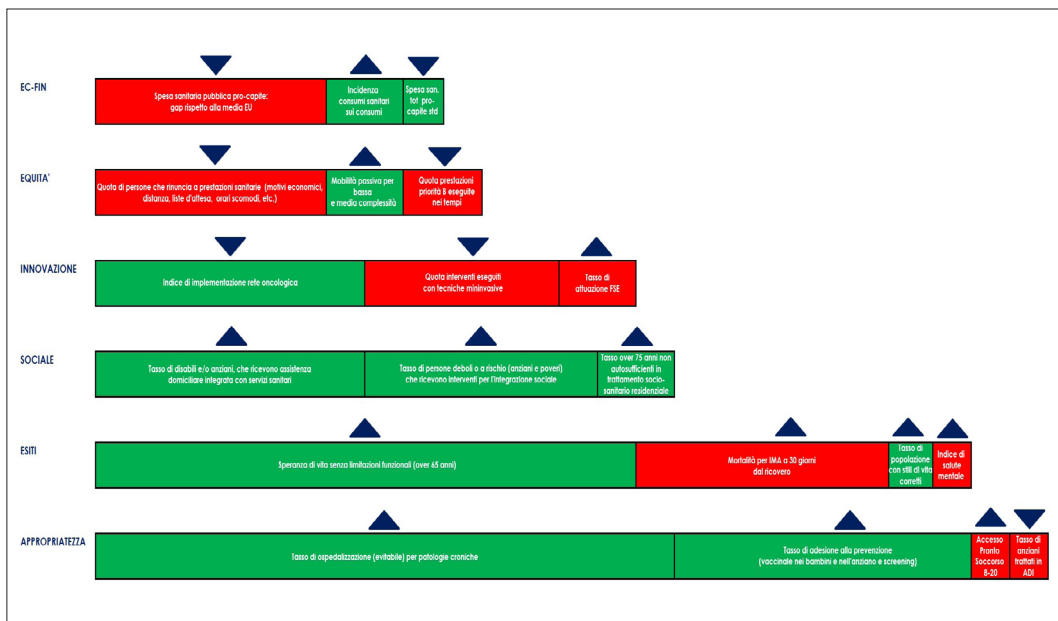
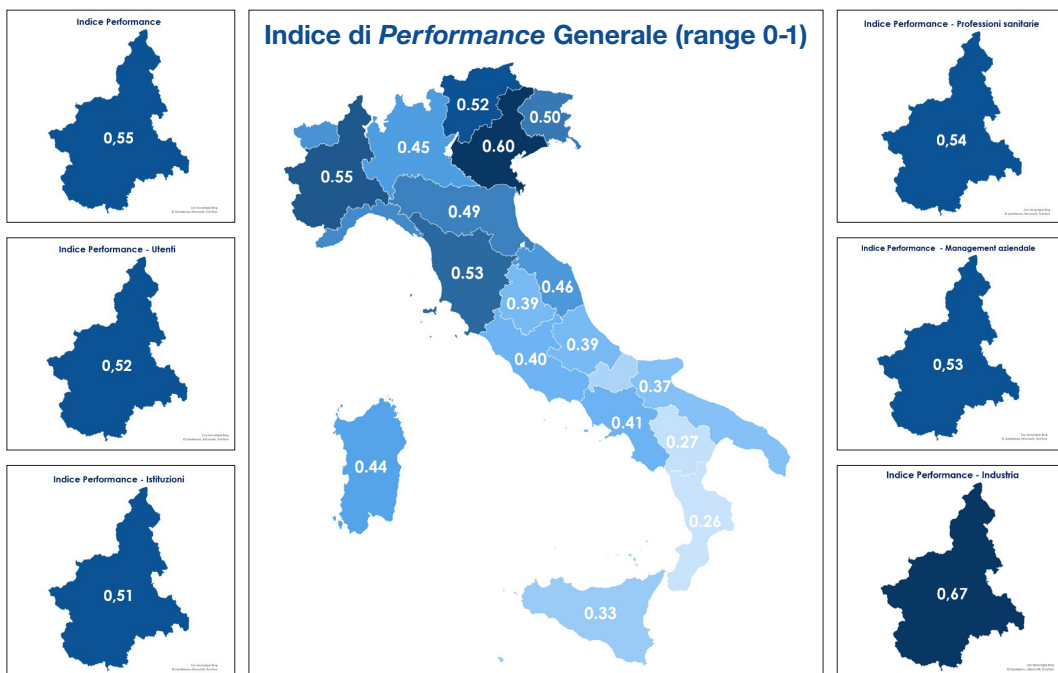
Nelle pagine che seguono presentiamo delle schede regionali (una per Regione) contenenti l'indice di *Performance*, complessivo e per singola categoria di *stakeholder*, nonché una rappresentazione grafica sintetica dei "livelli" degli indicatori, standardizzata per il "peso" medio attribuito da tutti gli *stakeholder*.

Nello specifico, quest'ultima è costituita da sei barre, una per ognuna delle Dimensioni di valutazione della *Performance*: Appropriatezza, Equità, Sociale, Esiti, Economico-finanziario ed Innovazione; la lunghezza della barra fornisce una misura del contributo della Dimensione alla *Performance*.

Ogni barra è suddivisa in tre o quattro parti, una per ogni indicatore rappresentativo della Dimensione, anch'esse di lunghezza proporzionale al peso dell'indicatore nella specifica Dimensione e quindi nella *Performance* complessiva.

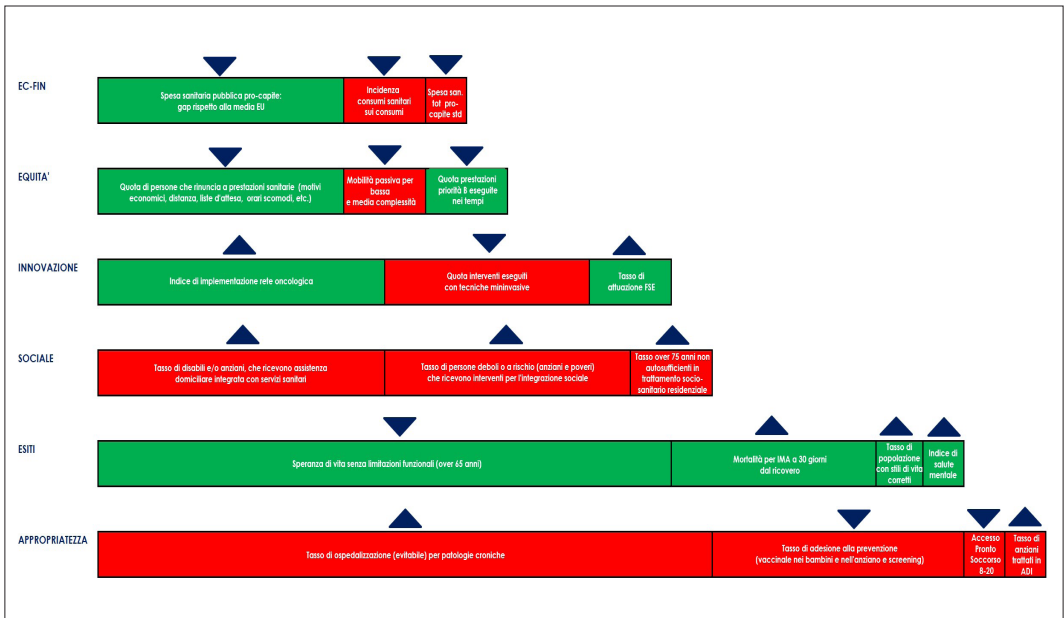
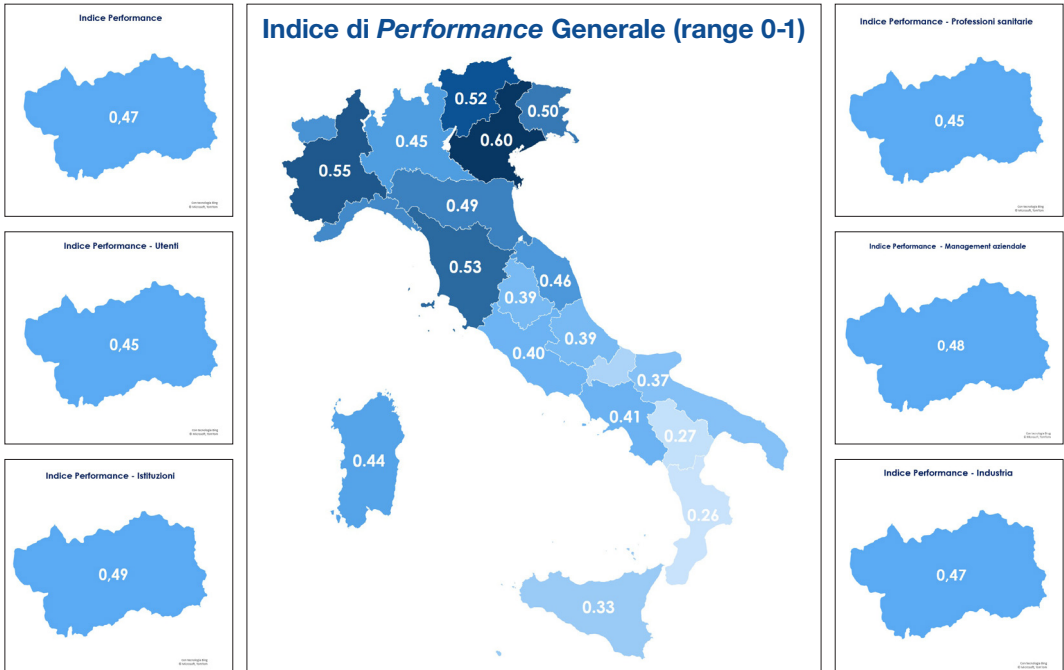
I valori degli indicatori sono stati associati a due colori differenti: verde se il valore è migliore della media nazionale e rosso se è peggiore.

Per tutti gli indicatori è stata altresì indicata la dinamica; in particolare, il triangolo rivolto verso l'alto è indicativo di un miglioramento dell'indicatore rispetto all'anno 2017, quello verso il basso di un peggioramento. L'assenza del triangolo è indicativa di una sostanziale invarianza (variazioni entro il 5%) del valore.



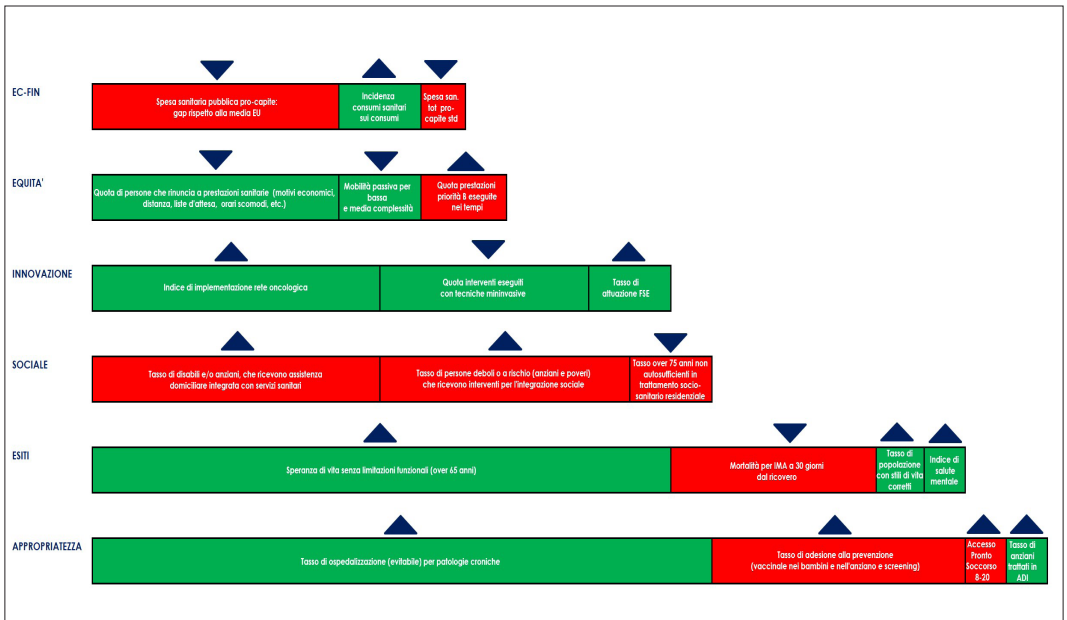
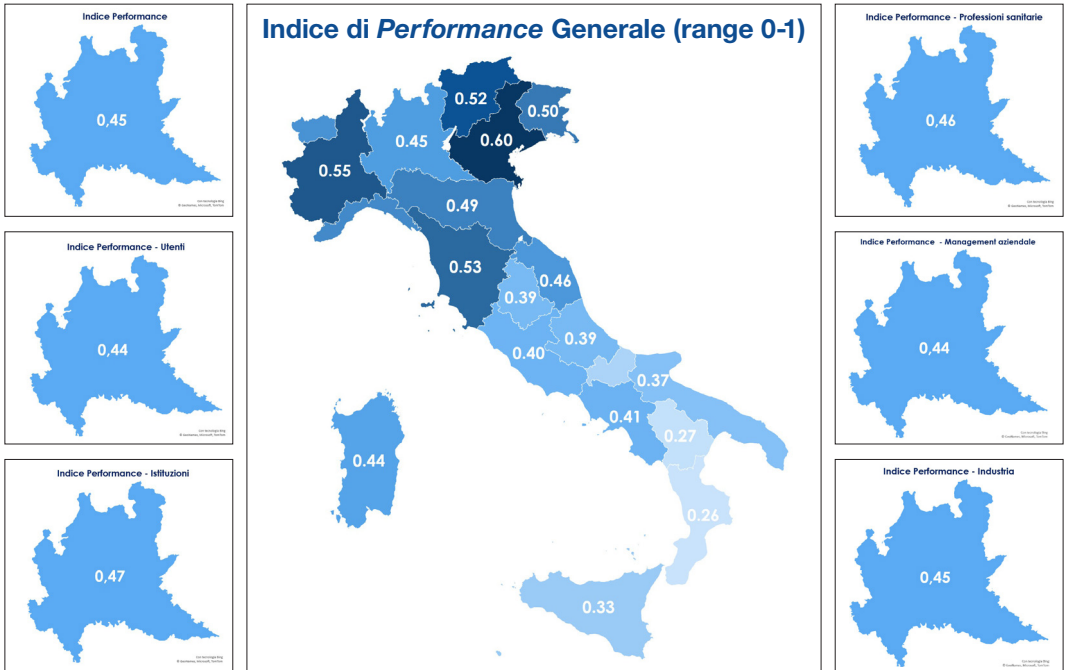
■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

▲ Valore in miglioramento rispetto al 2017
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2017



■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

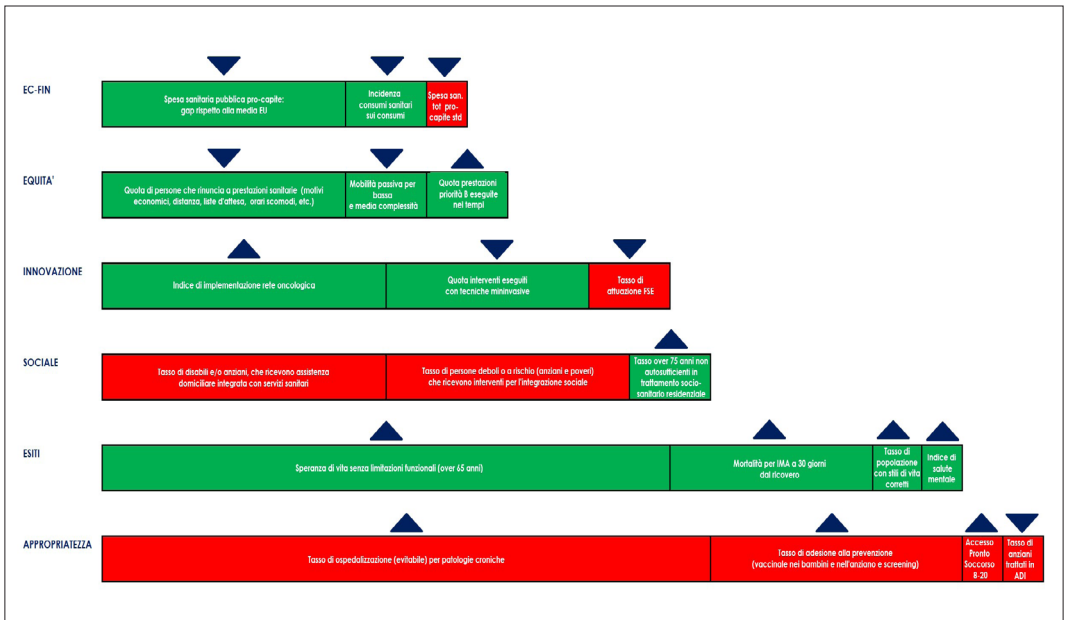
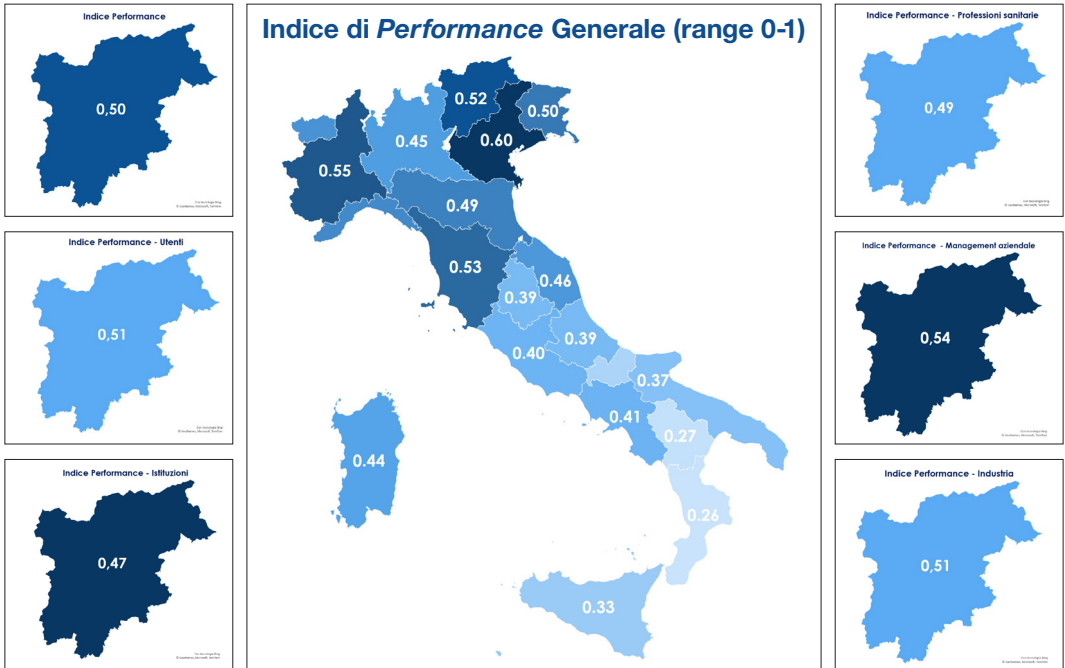
▲ Valore in miglioramento rispetto al 2017
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2017



■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

▲ Valore in miglioramento rispetto al 2017
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2017

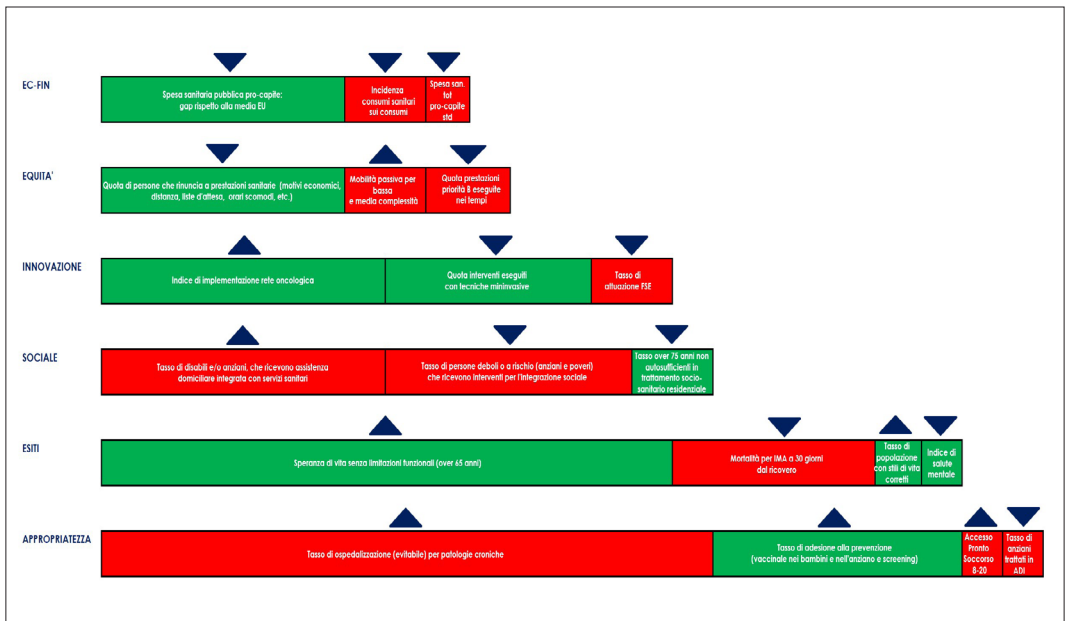
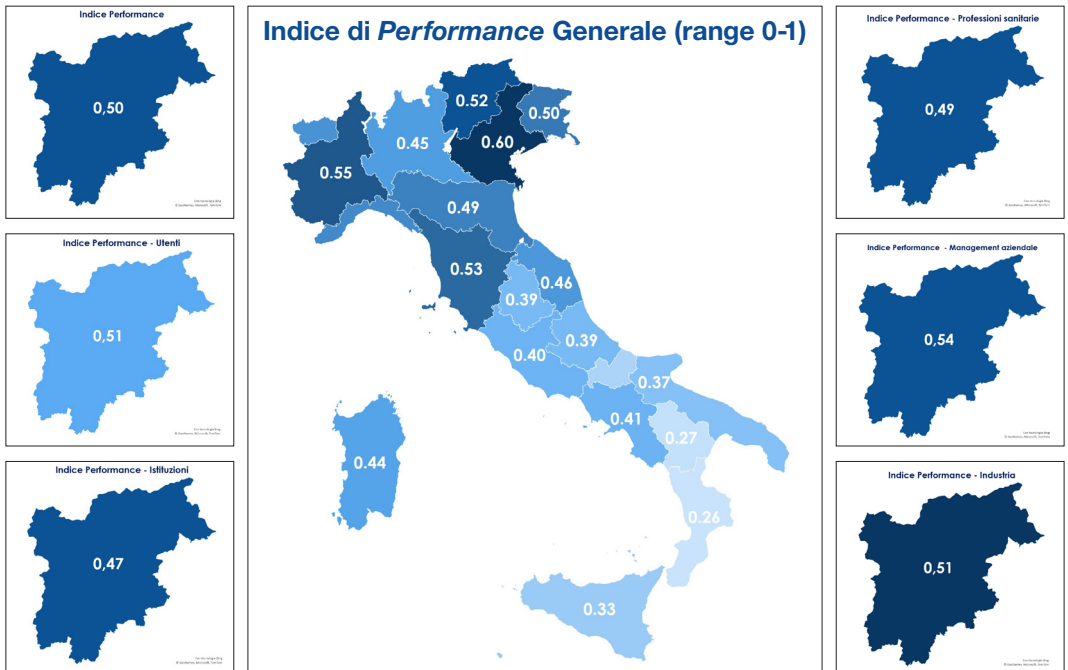
Provincia Autonoma di Bolzano



■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

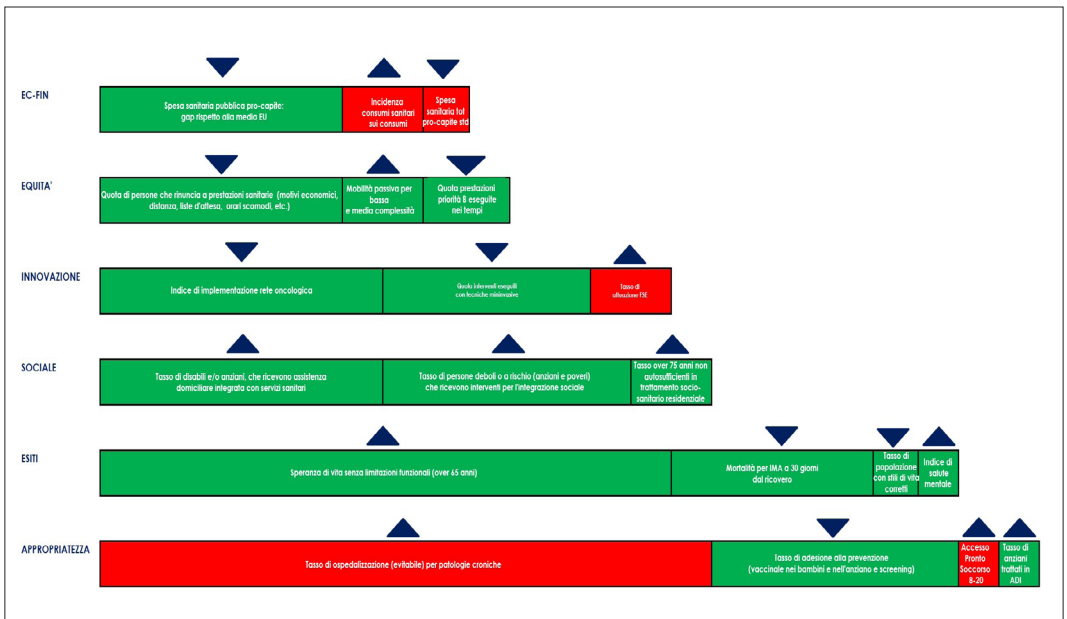
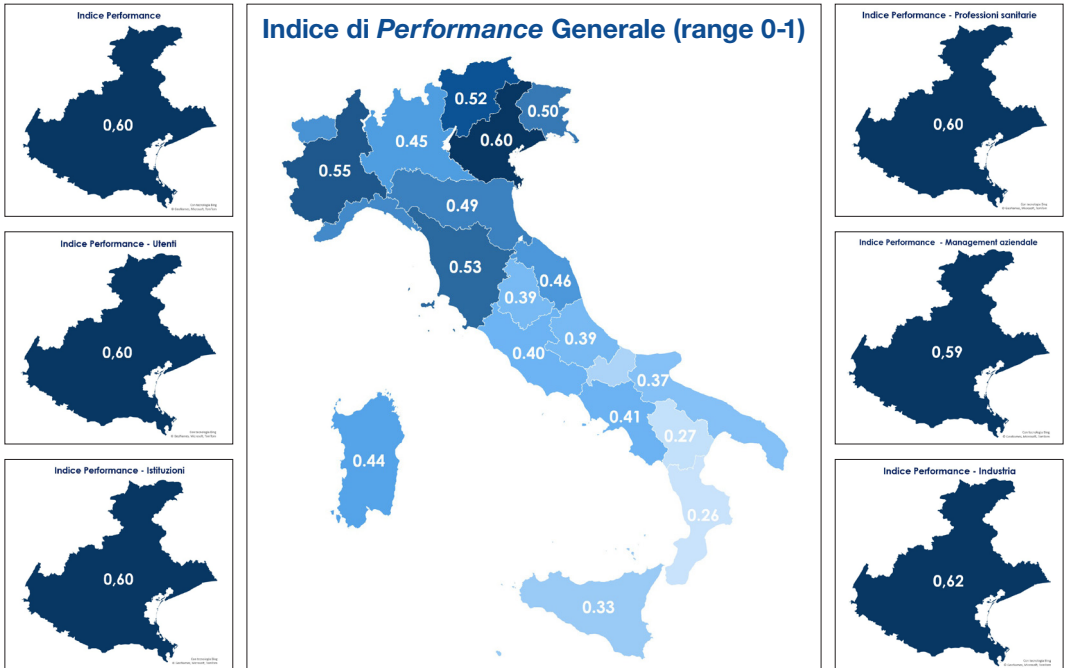
▲ Valore in miglioramento rispetto al 2017
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2017

Provincia Autonoma di Trento



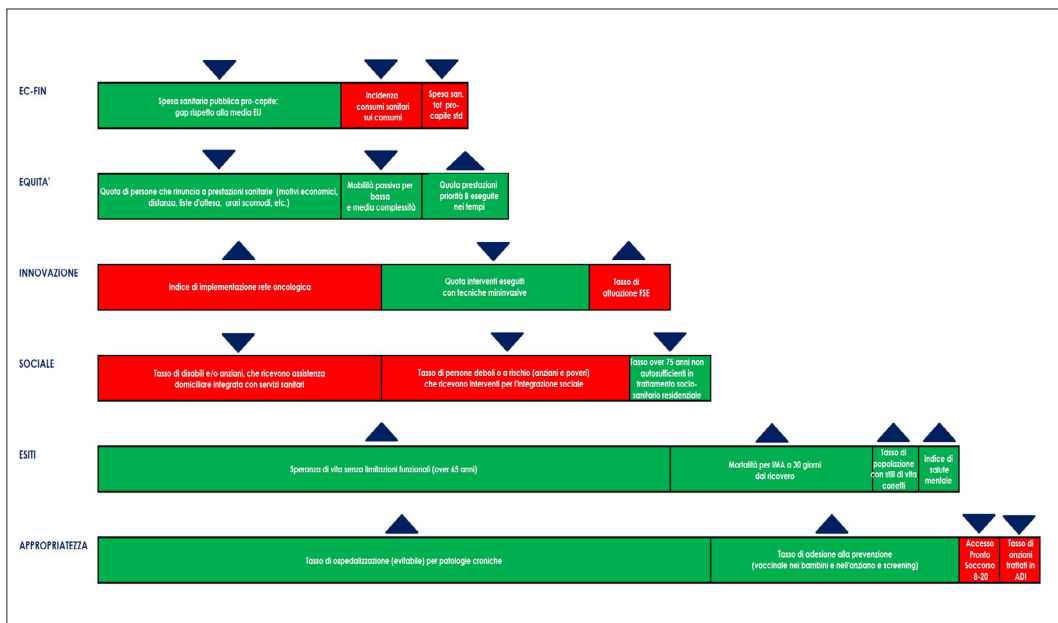
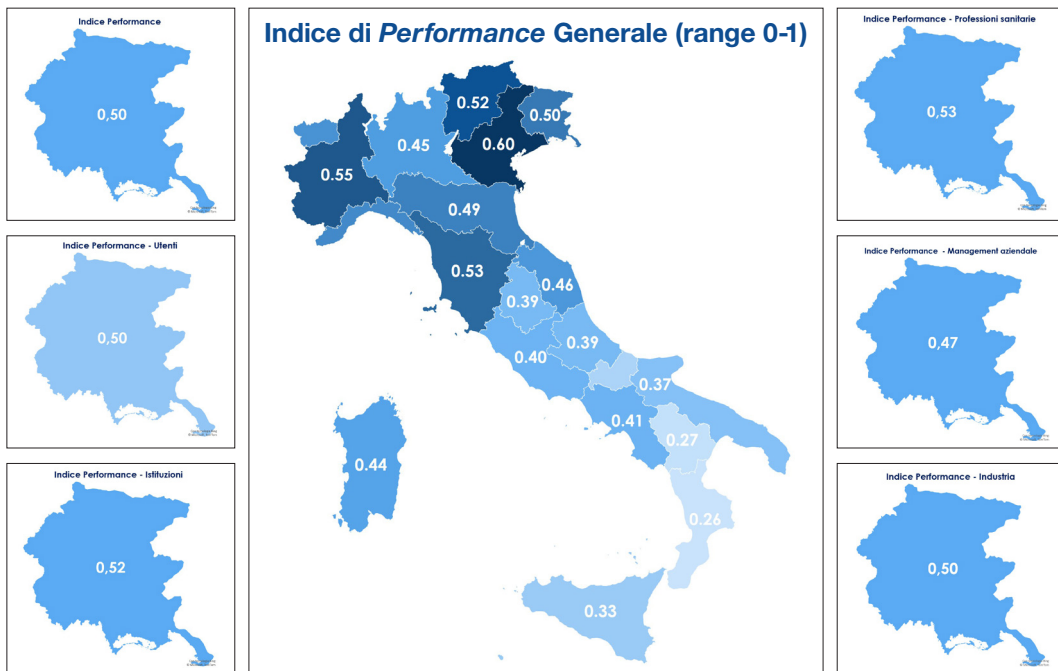
■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

▲ Valore in miglioramento rispetto al 2017
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2017



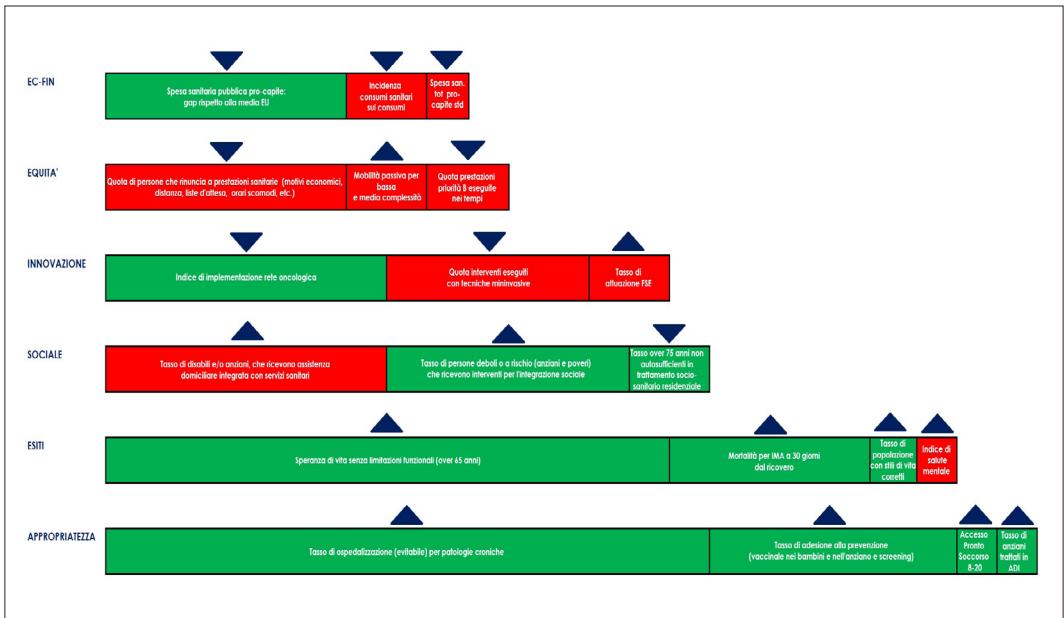
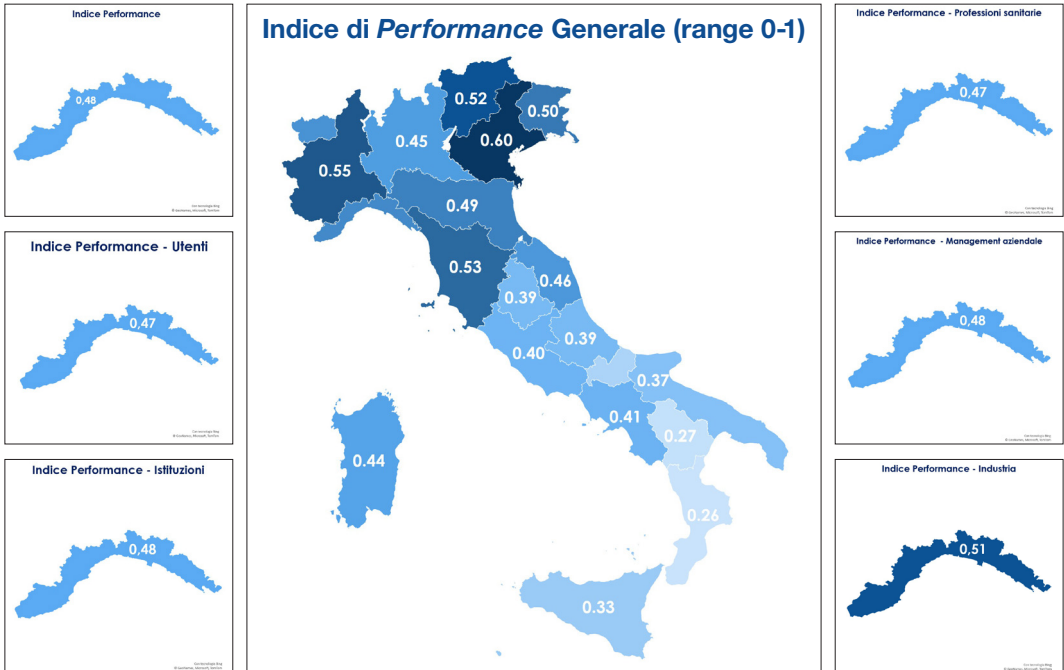
■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

▲ Valore in miglioramento rispetto al 2017
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2017



■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

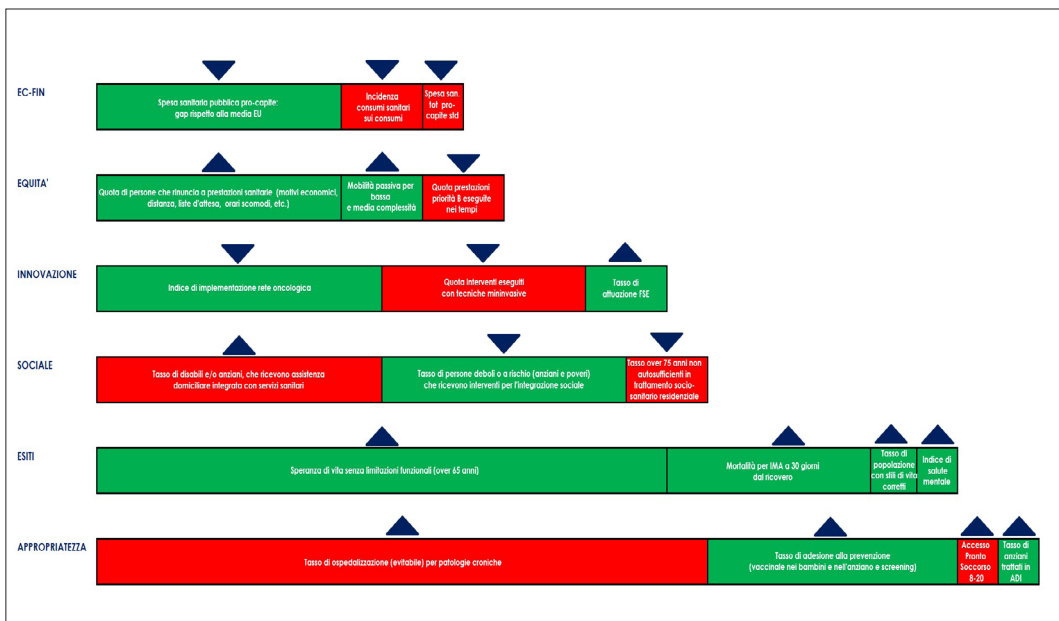
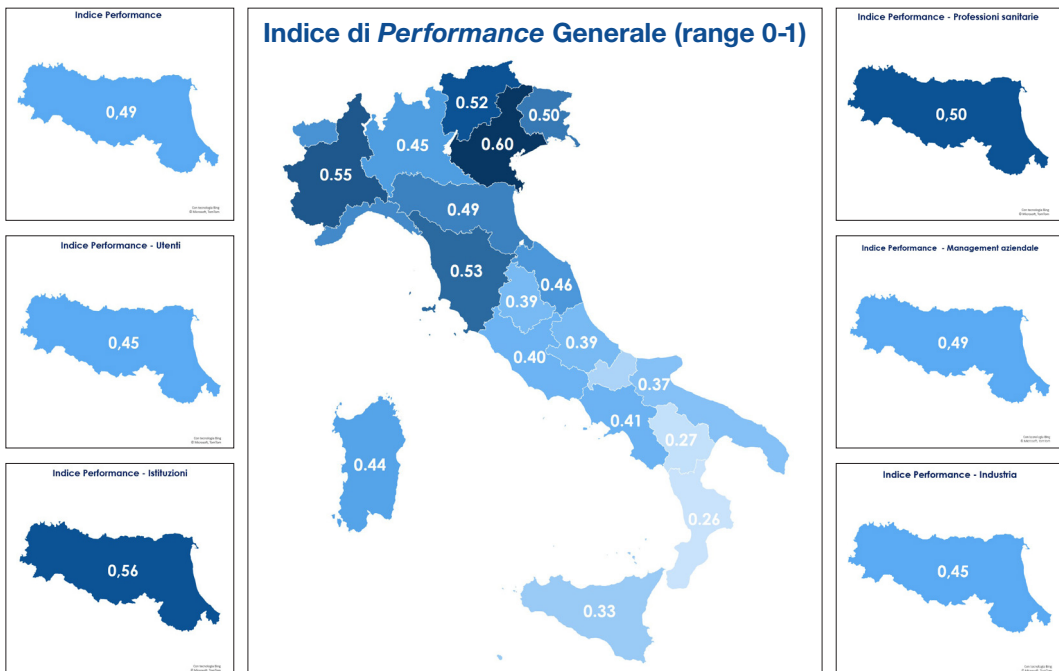
▲ Valore in miglioramento rispetto al 2017
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2017



■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

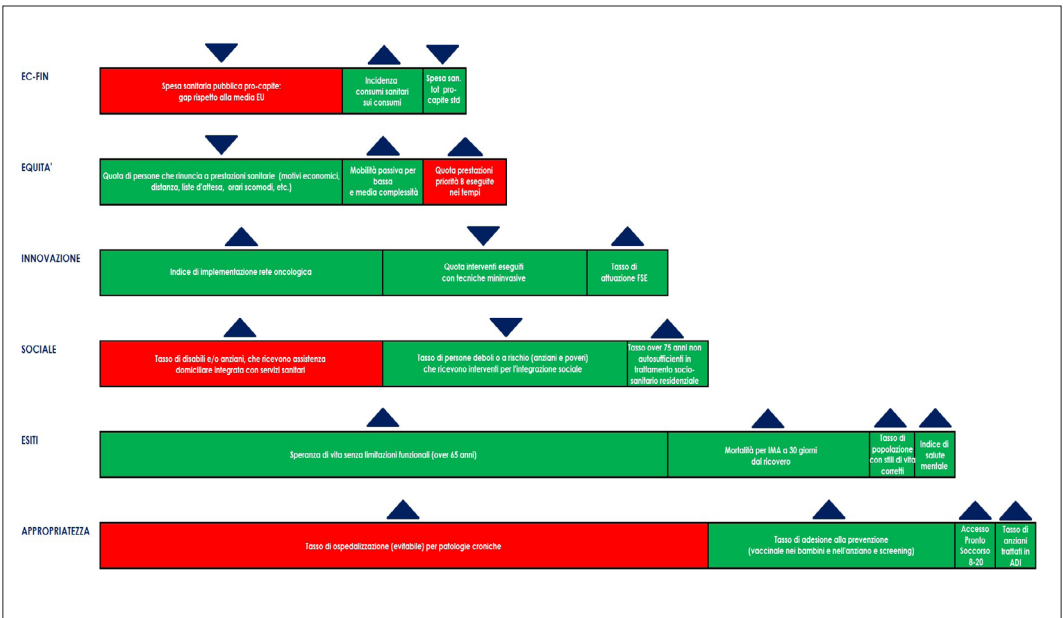
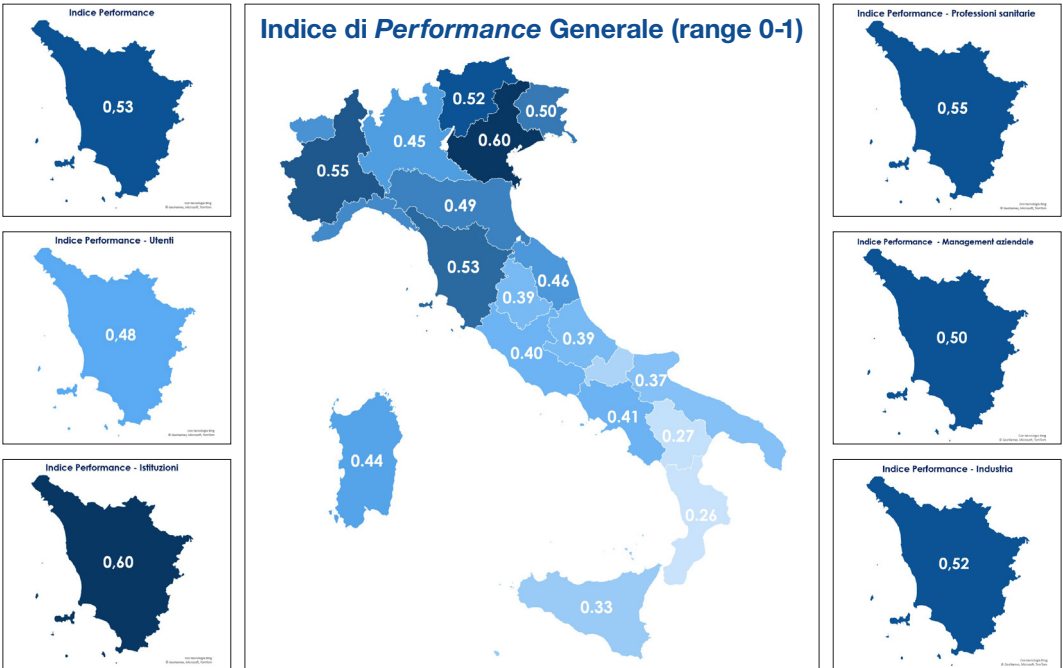
▲ Valore in miglioramento rispetto al 2017
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2017

Emilia Romagna



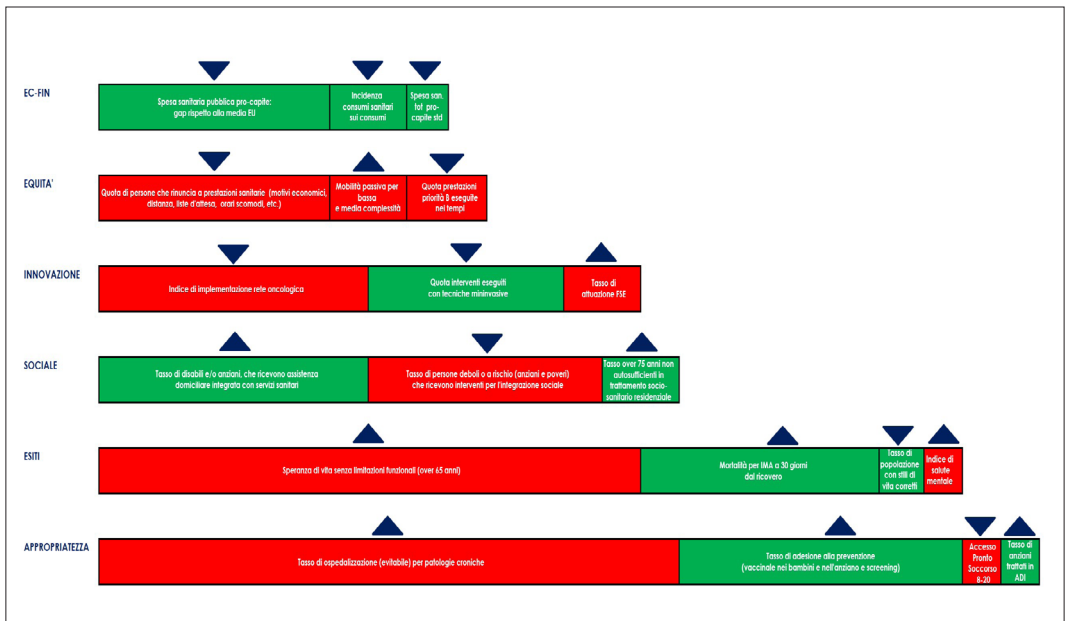
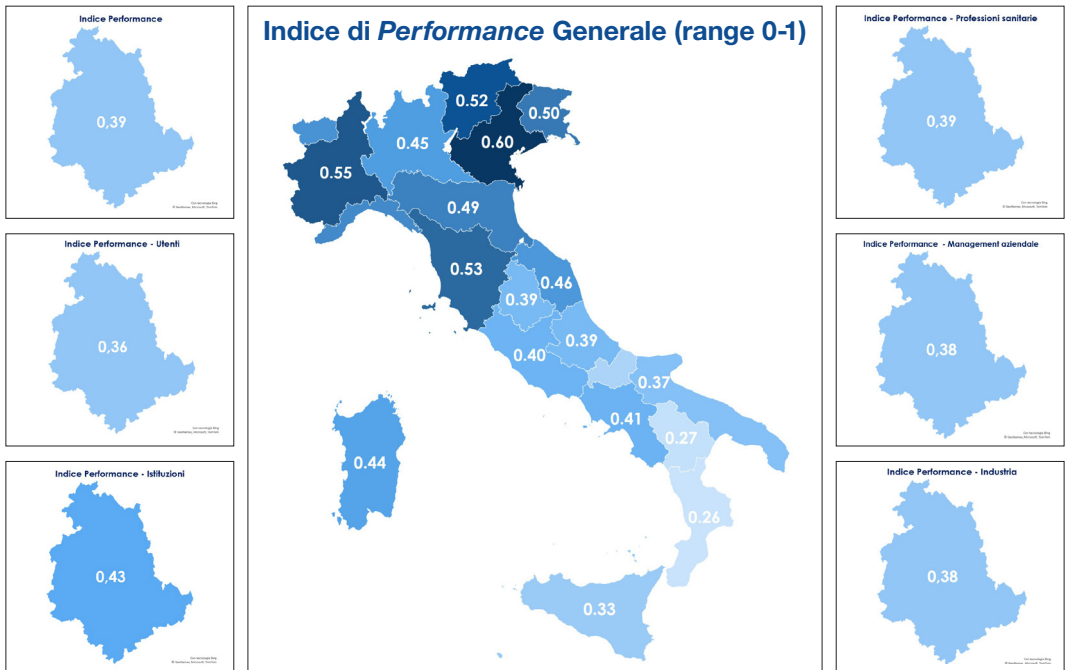
■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

▲ Valore in miglioramento rispetto al 2017
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2017



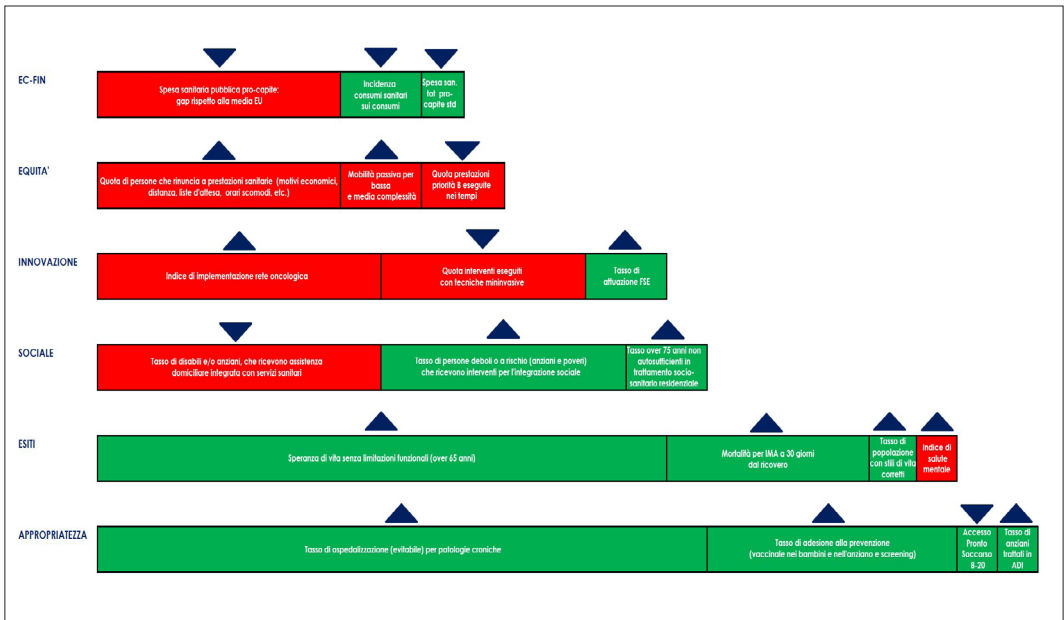
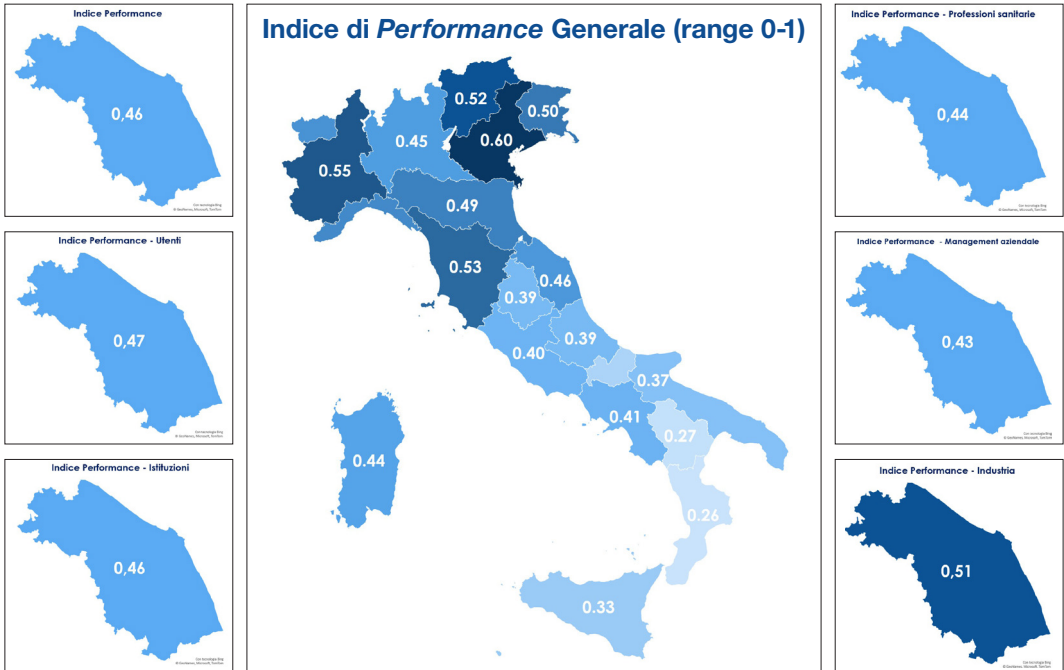
■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

▲ Valore in miglioramento rispetto al 2017
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2017



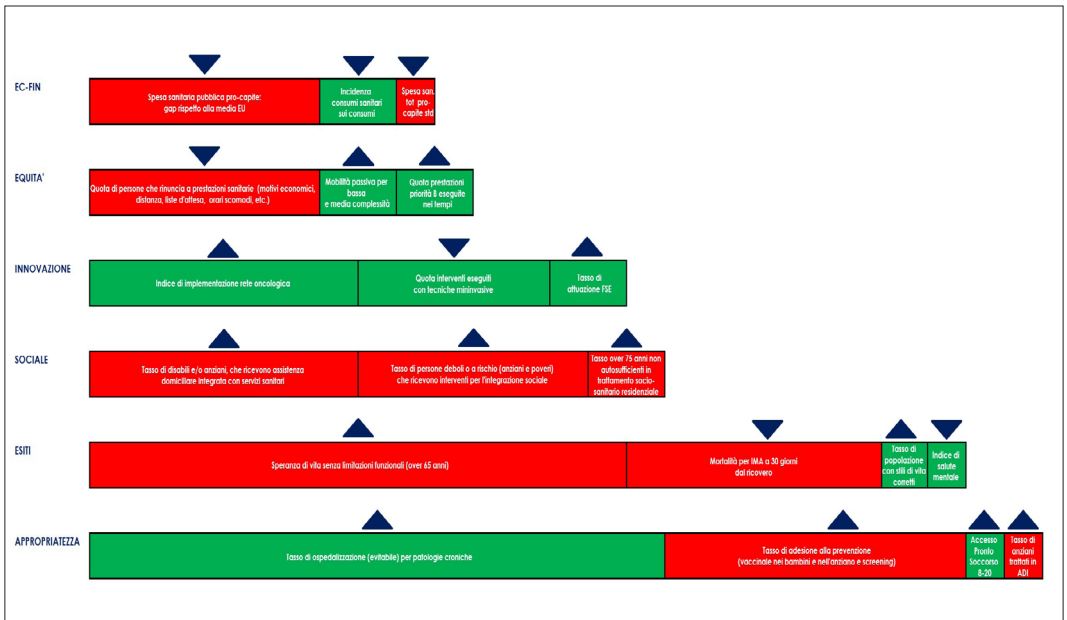
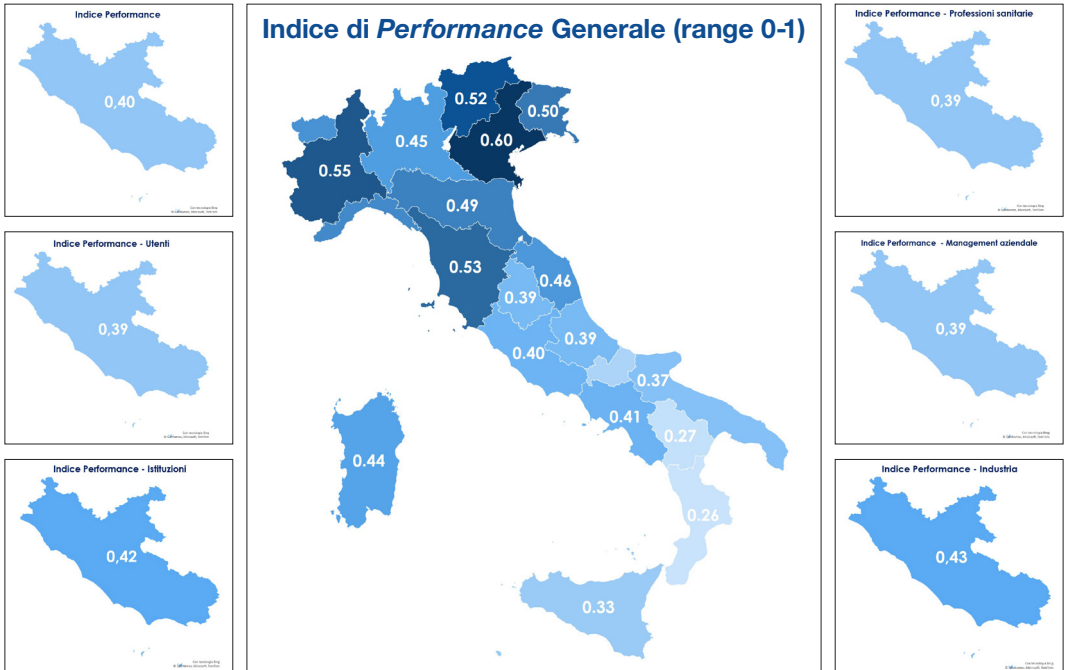
■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

▲ Valore in miglioramento rispetto al 2017
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2017



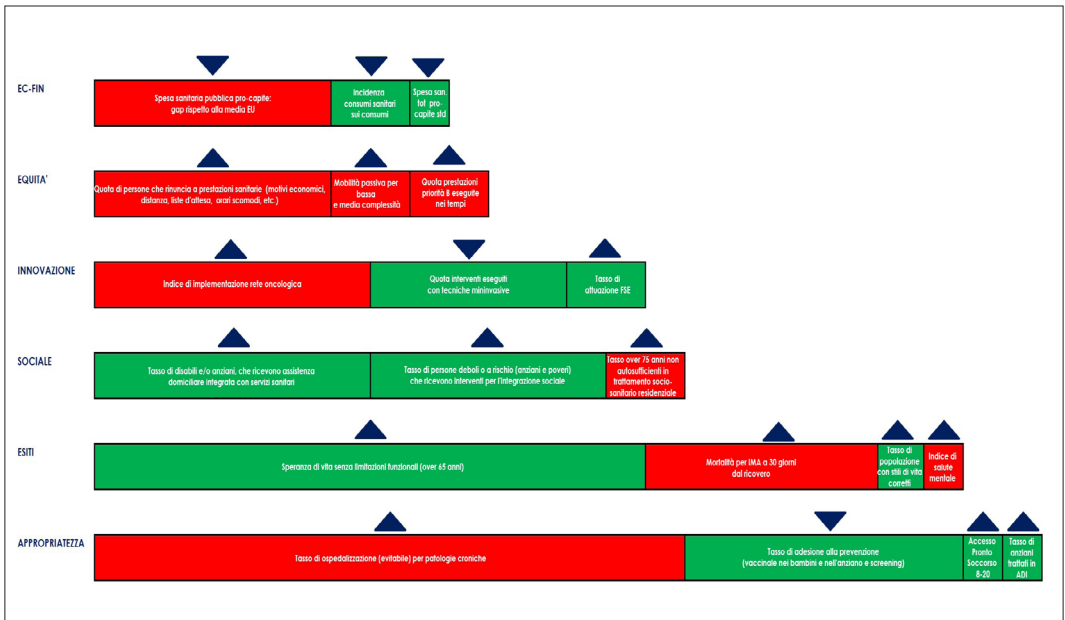
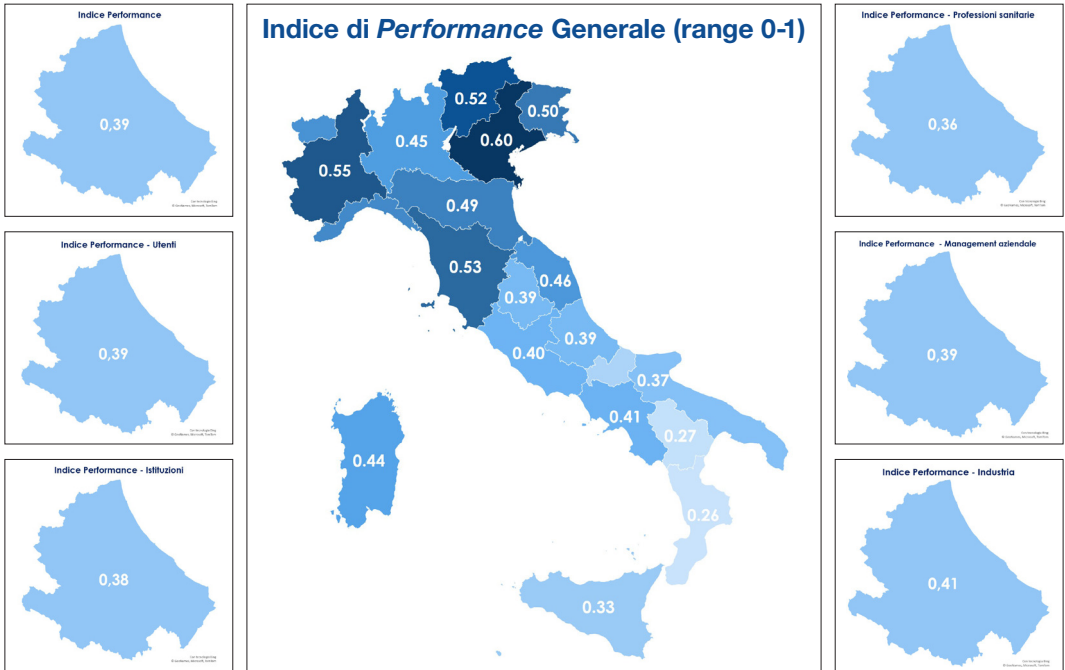
■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

▲ Valore in miglioramento rispetto al 2017
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2017



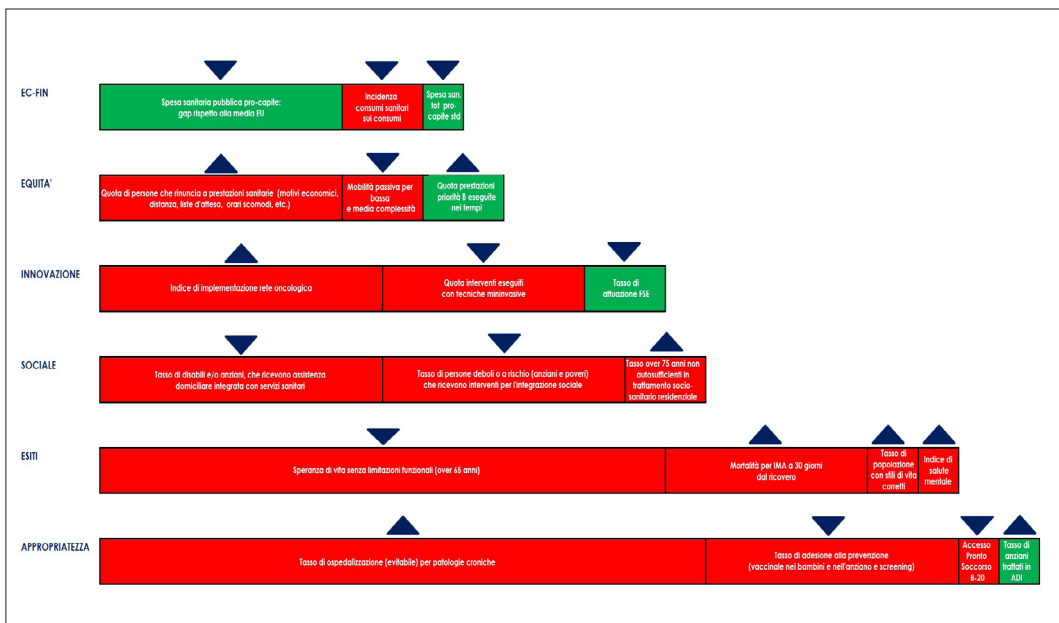
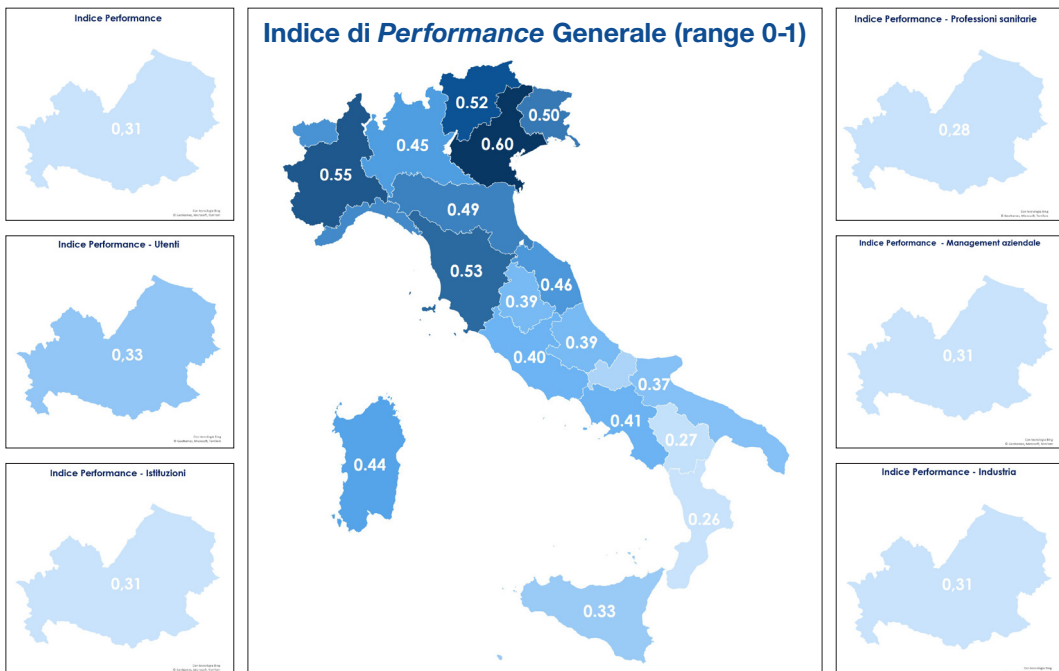
■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

▲ Valore in miglioramento rispetto al 2017
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2017



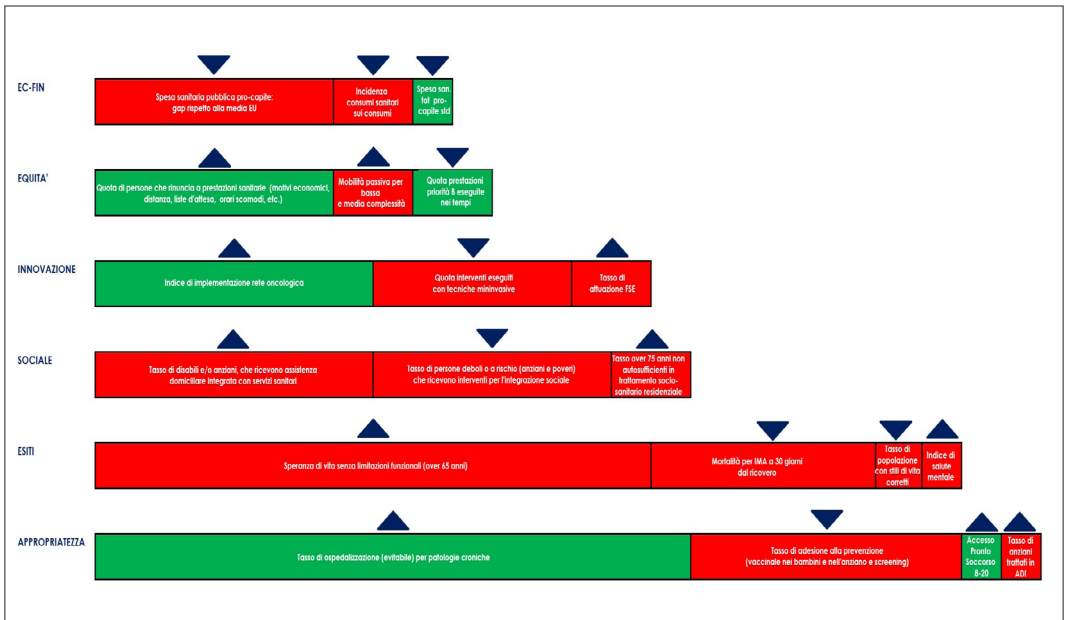
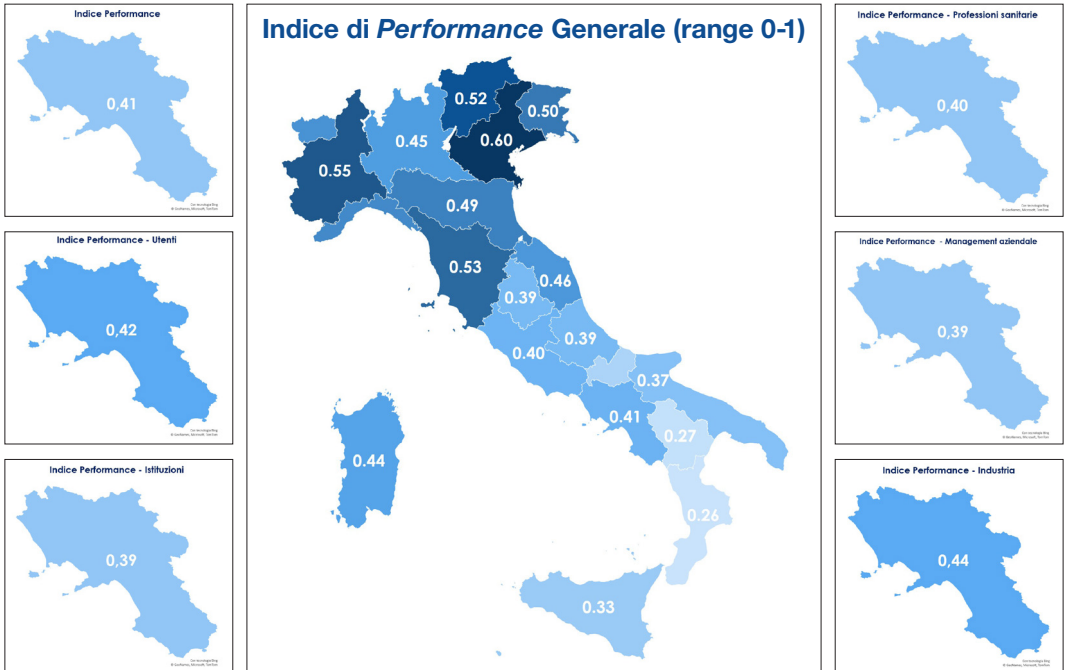
■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

▲ Valore in miglioramento rispetto al 2017
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2017



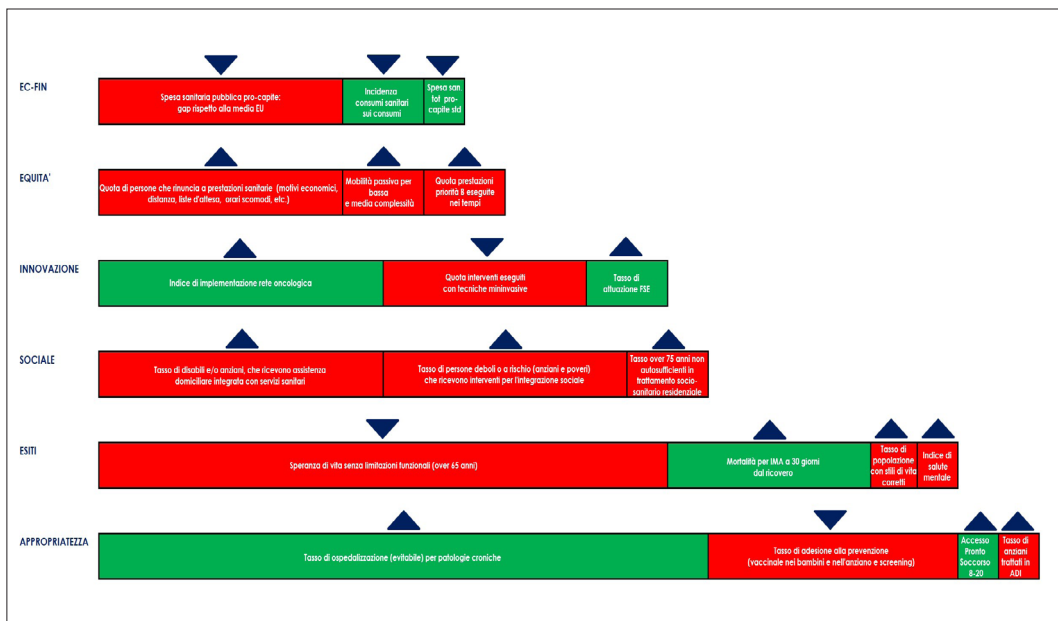
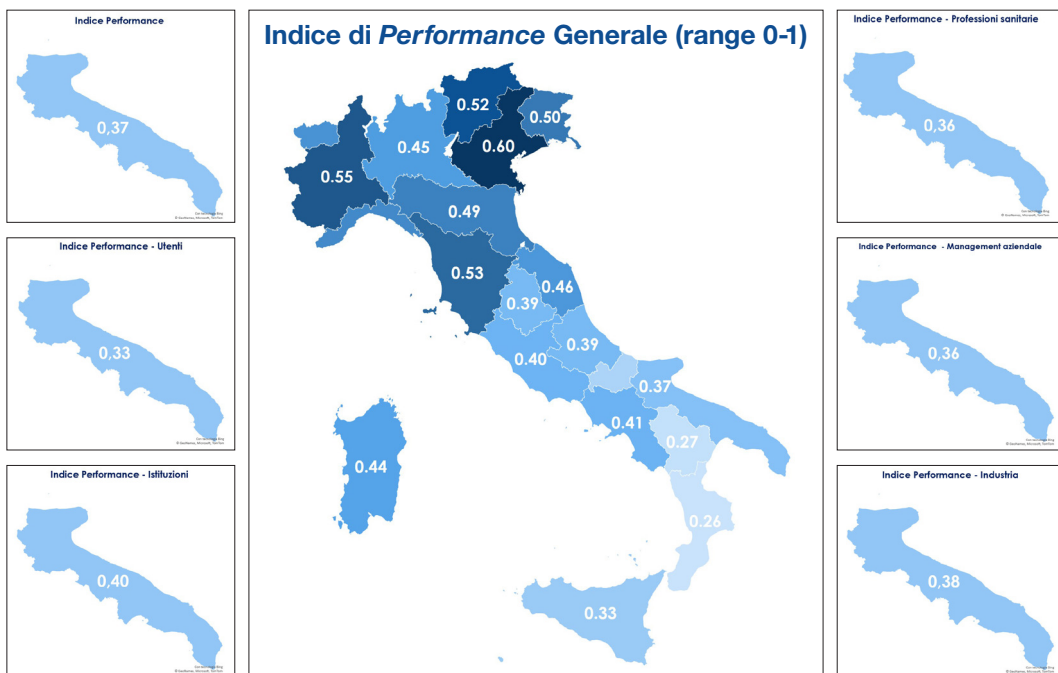
■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

▲ Valore in miglioramento rispetto al 2017
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2017



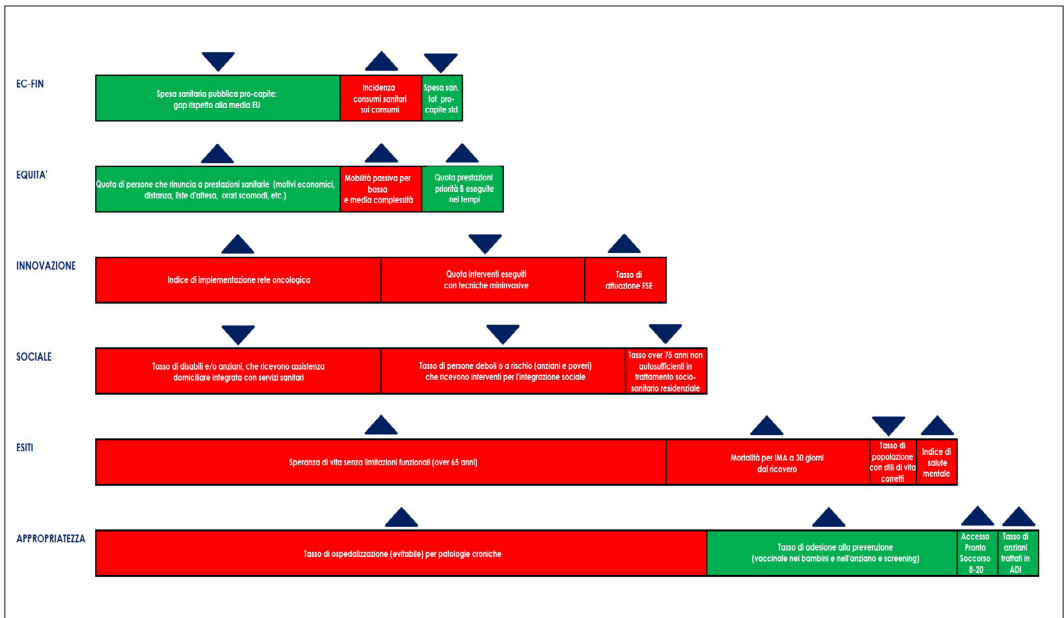
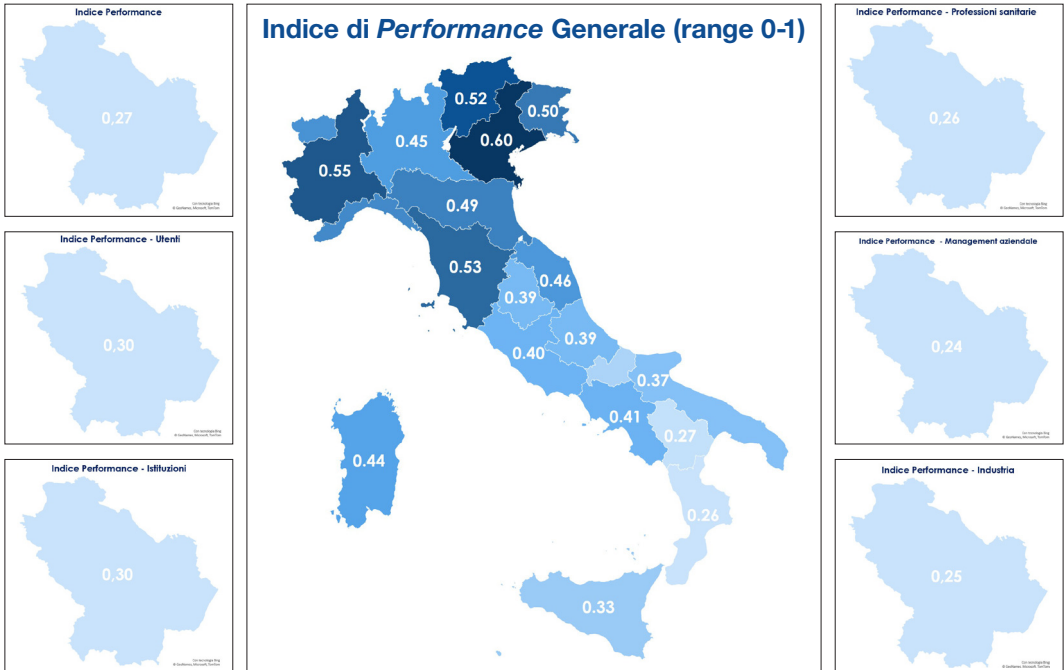
■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

▲ Valore in miglioramento rispetto al 2017
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2017



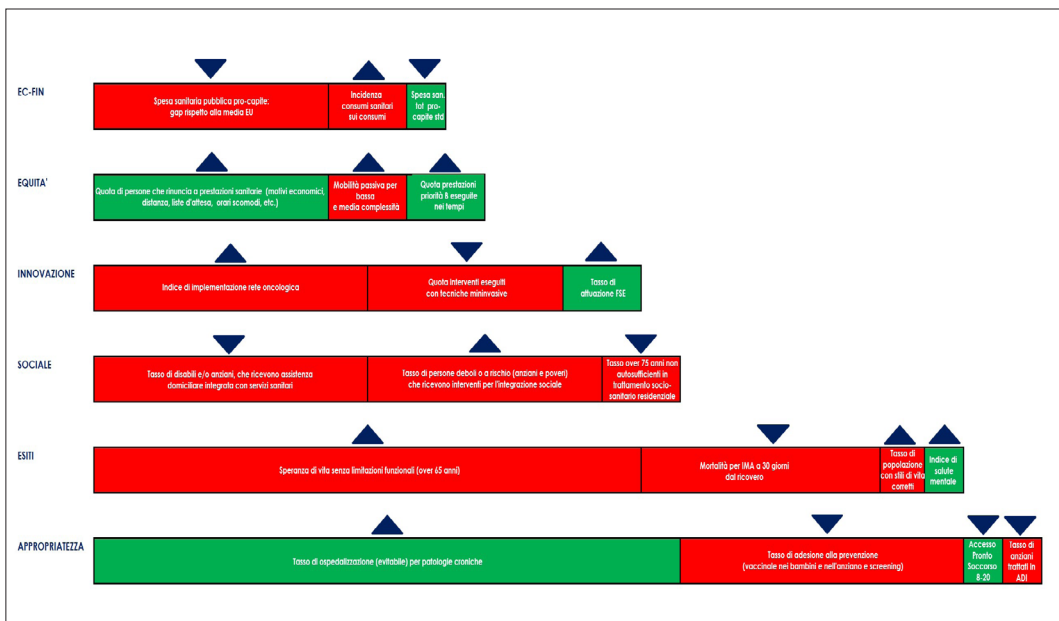
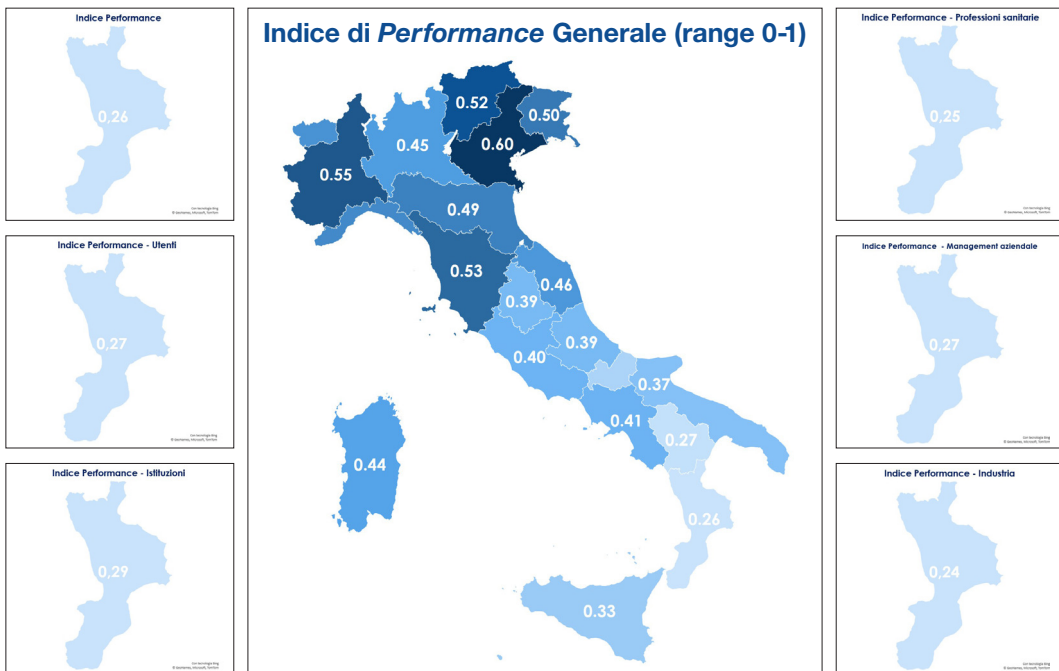
■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

▲ Valore in miglioramento rispetto al 2017
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2017



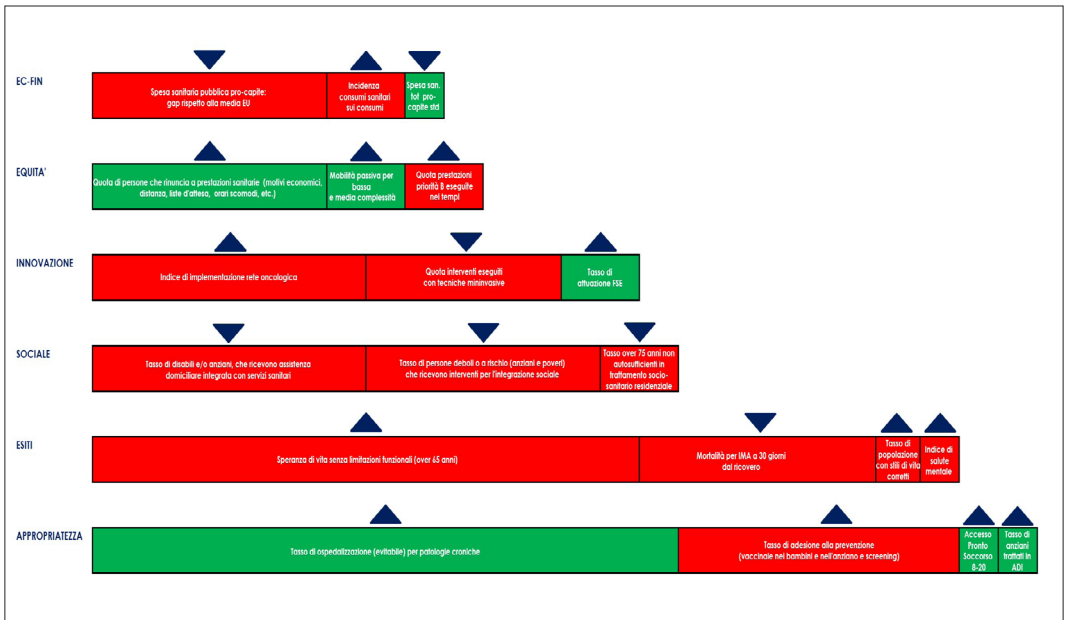
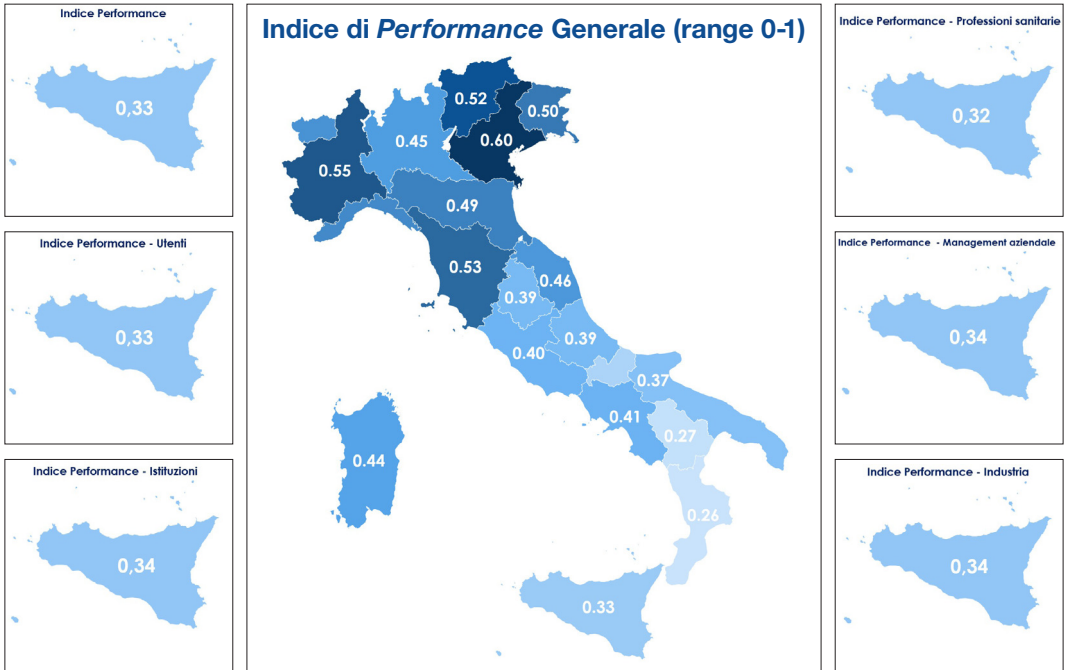
■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

▲ Valore in miglioramento rispetto al 2017
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2017



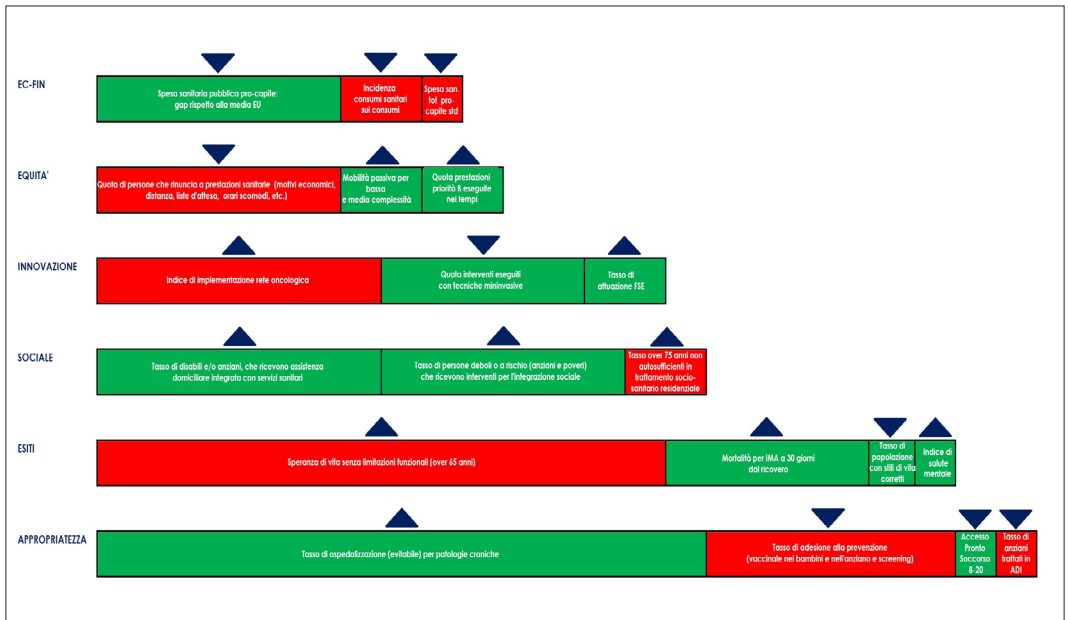
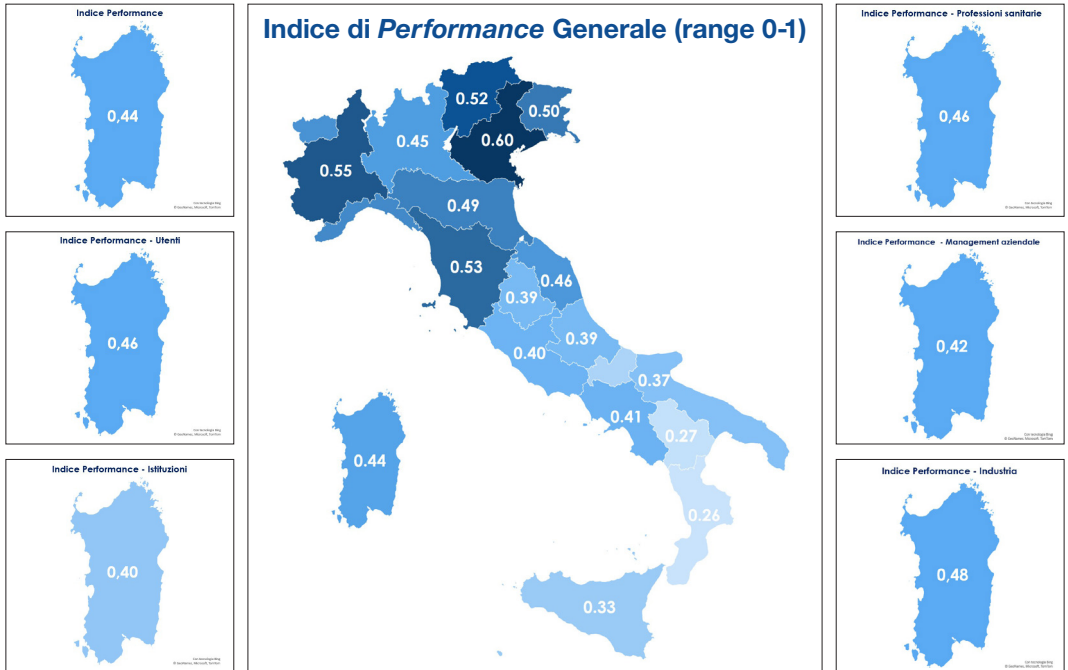
■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

▲ Valore in miglioramento rispetto al 2017
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2017



■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

▲ Valore in miglioramento rispetto al 2017
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2017



■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

▲ Valore in miglioramento rispetto al 2017
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2017

SCHEDE INDICATORI





DIMENSIONE	ID	INDICATORE
Equità	1	Tasso di mobilità passiva effettiva per DRG a bassa e media complessità
	2	Quota di prestazioni con priorità B (entro 10 giorni) eseguite nei tempi previsti
	3	Quota di persone che rinuncia a prestazioni sanitarie (motivi economici, distanza, liste d'attesa, orari scomodi, etc.)
Esiti	4	Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti
	5	Indice di salute mentale
	6	Mortalità per IMA a 30 giorni dal ricovero
	7	Speranza di vita senza limitazioni funzionali (<i>over 65 anni</i>)
Appropriatezza	8	Tasso di accessi al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde
	9	Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata
	10	Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell'anziano e <i>screening</i>)
	11	Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche
Innovazione	12	Tasso di attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico
	13	Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive
	14	Indice di implementazione rete oncologica
	15	Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
Economico-finanziaria	16	Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali
	17	Spesa sanitaria pubblica pro-capite: <i>gap</i> rispetto alla media EU
Sociale	18	Tasso di <i>over 75 anni</i> non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale
	19	Tasso di persone deboli o a rischio (anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale
	20	Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari

DIMENSIONE EQUITÀ

INDICATORE N. 1 - Tasso di mobilità passiva effettiva per DRG a bassa e media complessità

Descrizione	L'indicatore esprime il numero di persone in rapporto alla popolazione che hanno effettuato ricoveri per prestazioni di bassa o media complessità, in Regioni diverse da quelle di residenza (escluse quelle di confine)
Numeratore	Numero di ricoveri afferenti a DRG di bassa e media complessità effettuati fuori Regione di residenza
Denominatore	Popolazione residente
Unità di misura	Per 1.000 abitanti
Fonte	AGENAS

INDICATORE N. 2 - Quota di prestazioni con priorità B (entro 10 giorni) eseguite nei tempi previsti

Descrizione	L'indicatore esprime la quota percentuale di prestazioni specialistiche ambulatoriali con codice di priorità B (entro 10 giorni) eseguite nei tempi previsti
Numeratore	Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali con codice B eseguite entro 10 giorni
Denominatore	Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali con codice B
Unità di misura	Valore in %
Fonte	Indagine "BES", ISTAT

INDICATORE N. 3 - Quota di persone che rinuncia a prestazioni sanitarie (motivi economici, distanza, liste d'attesa, orari scomodi, etc.)

Descrizione	L'indicatore esprime la quota percentuale di persone che, negli ultimi 12 mesi, ha dichiarato di aver rinunciato a qualche visita specialistica o a esame diagnostico (es. radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, ecodoppler, o altro tipo di accertamento, ecc.) pur avendone bisogno, a causa di uno dei seguenti motivi: non poteva pagarla, costava troppo; scomodità (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi); lista d'attesa lunga
Numeratore	Persone che rinunciano a prestazioni sanitarie per motivi economici, distanza, liste d'attesa, orari scomodi etc.
Denominatore	Popolazione totale
Unità di misura	Valore in %
Fonte	Indagine "BES", ISTAT

DIMENSIONE ESITI

INDICATORE N. 4 - Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti

Descrizione	L'indicatore esprime la quota di soggetti che adotta corretti stili di vita, ovvero che non consuma alcol/non fuma/ha una alimentazione corretta/pratica attività fisica
Numeratore	Persone che adottano stili di vita corretti (adeguata alimentazione, alcol, obesità, fumo, sedentarietà)
Denominatore	Popolazione totale
Unità di misura	Valore in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati ISTAT

INDICATORE N. 5 - Indice di salute mentale

Descrizione	L'indice di salute mentale è una misura di disagio psicologico (<i>psychological distress</i>) ottenuta dalla sintesi dei punteggi totalizzati da individui di 14 anni e più nei 5 quesiti del questionario SF36 (<i>36-Item Short Form Survey</i>), che fanno riferimento ad ansia, depressione, perdita di controllo comportamentale o emozionale e benessere psicologico. L'indice varia tra 0 e 100, con migliori condizioni di benessere psicologico al crescere del valore dell'indice
Numeratore	Livello di benessere psicologico della popolazione over 14 anni
Denominatore	-
Unità di misura	Valore assoluto
Fonte	Indagine "BES", ISTAT

INDICATORE N. 6 - Mortalità per IMA a 30 giorni dal ricovero

Descrizione	L'indicatore esprime la quota di pazienti ricoverati per Infarto Miocardico Acuto, deceduti entro trenta giorni dal ricovero
Numeratore	Numero di episodi di IMA, in cui il paziente risulta deceduto entro trenta giorni dalla data del ricovero indice
Denominatore	Numero di episodi di IMA
Unità di misura	Valore in %
Fonte	PNE, AGENAS

INDICATORE N. 7 - Speranza di vita senza limitazioni funzionali (over 65 anni)

Descrizione	L'indicatore esprime il numero medio di anni che una persona over 65 può sperare di vivere senza limitazioni funzionali
--------------------	---

Numeratore	Numero medio di anni che un individuo <i>over 65</i> spera di vivere senza limitazioni funzionali
Denominatore	-
Unità di misura	Anni
Fonte	Indagine "BES", ISTAT

DIMENSIONE APPROPRIATEZZA

INDICATORE N. 8 - Tasso di accessi al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde

Descrizione	L'indicatore esprime la quota di popolazione che accede al Pronto Soccorso nei giorni feriali, nella fascia oraria 8-20, e viene dimessa con codice bianco o verde
Numeratore	Numero di accessi al Pronto Soccorso dalle 8 alle 20 con codice di dimissione bianco o verde
Denominatore	Popolazione residente
Unità di misura	Per 1.000 abitanti
Fonte	NSG, Ministero della Salute

INDICATORE N. 9 - Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata

Descrizione	L'indicatore esprime la quota percentuale di persone <i>over 65</i> alla quale è stata attivata una Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
Numeratore	Persone <i>over 65</i> trattati in assistenza domiciliare integrata
Denominatore	Popolazione <i>over 65</i>
Unità di misura	Valori in %
Fonte	Indagine "BES", ISTAT

INDICATORE N. 10 - Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell'anziano e *screening*)

Descrizione	L'indicatore esprime in forma aggregata la quota di popolazione target che si è sottoposta a <i>screening</i> cervicale, mammografico, colonrettale, e/o vaccinazioni (MPRV in età pediatrica e antinfluenzale nell'anziano)
Numeratore	-
Denominatore	Popolazione totale eleggibile (popolazione <i>target</i> per singola indagine)

Unità di misura	Valore in % popolazione <i>target</i>
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati NSG

INDICATORE N. 11 - Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche

Descrizione	L'indicatore esprime la quota di popolazione che è stata ricoverata a causa di patologie croniche quali scompenso, diabete, ipertensione, asma o BPCO
Numeratore	Ricoveri ordinari per patologie croniche (scompenso, diabete, ipertensione, asma, BPCO)
Denominatore	Popolazione totale
Unità di misura	Per 1.000 abitanti
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati PNE, AGENAS

DIMENSIONE INNOVAZIONE

INDICATORE N. 12 - Tasso di attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico

Descrizione	L'indicatore di Attuazione mira a rappresentare lo stato di avanzamento del progetto di sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) regionale e rappresenta la media di realizzazione dei singoli servizi previsti dal piano
Numeratore	Livello di implementazione degli indicatori di attuazione
Denominatore	Livello totale di attuazione degli indicatori
Unità di misura	Valori in %
Fonte	Agenzia per la sanità digitale

INDICATORE N. 13 - Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive

Descrizione	L'indicatore esprime la quota di interventi chirurgici eseguiti in regime di ricovero (ordinario) per i quali è stata adottata una tecnica artroscopica, laparoscopica e/o robot assistita
Numeratore	Ricoveri ordinari per interventi chirurgici in artroscopia, laparoscopia o chirurgia robotica
Denominatore	Ricoveri chirurgici in regime ordinario
Unità di misura	Valori in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Ministero della Salute (SDO)

INDICATORE N. 14 - Indice di implementazione rete oncologica

Descrizione	L'indicatore esprime il livello di implementazione delle reti oncologiche
Numeratore	Indice ISCO per implementazione rete oncologica
Denominatore	-
Unità di misura	Valore assoluto
Fonte	AGENAS

DIMENSIONE ECONOMICO-FINANZIARIA**INDICATORE N. 15 - Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata**

Descrizione	L'indicatore esprime la spesa sanitaria totale per cittadino residente, standardizzata per le caratteristiche di bisogno della popolazione
Numeratore	Spesa sanitaria totale
Denominatore	Popolazione standardizzata
Unità di misura	Valori in €
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Ragioneria dello Stato

INDICATORE N. 16 - Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali

Descrizione	L'indicatore esprime la quota percentuale di consumi delle famiglie destinata all'acquisto di beni e servizi per la Salute
Numeratore	Spesa per consumi sanitari privati delle famiglie
Denominatore	Spesa per consumi privati delle famiglie
Unità di misura	Valori in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati ISTAT

INDICATORE N. 17 - Spesa sanitaria pubblica pro-capite: *gap* rispetto alla media EU

Descrizione	L'indicatore esprime la distanza della spesa sanitaria pubblica da quella media europea
Numeratore	Spesa sanitaria pubblica
Denominatore	Spesa sanitaria pubblica europea

Unità di misura	Numeri indici (Europa=100)
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Ragioneria dello Stato e OECD

DIMENSIONE SOCIALE

INDICATORE N. 18 - Tasso di *over 75* anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale

Descrizione	L'indicatore esprime la quota di persone <i>over 75</i> non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale
Numeratore	Persone <i>over 75</i> anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3
Denominatore	Popolazione <i>over 75</i>
Unità di misura	Per 1.000 ab. 75+
Fonte	NSG, Ministero della Salute

INDICATORE N. 19 - Tasso di persone deboli o a rischio (anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale

Descrizione	L'indicatore esprime il tasso di persone deboli o a rischio (anziani e povere) che ricevono interventi per l'integrazione sociale da parte degli enti locali
Numeratore	Persone deboli o a rischio (anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale
Denominatore	Persone deboli o a rischio (anziani e poveri)
Unità di misura	Per 1.000 ab. (popolazione <i>target</i>)
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati ISTAT

INDICATORE N. 20 - Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari

Descrizione	L'indicatore esprime il tasso di persone disabili e/o anziani che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari da parte degli enti locali
Numeratore	Persone disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari
Denominatore	Persone disabili e/o anziani
Unità di misura	Per 1.000 ab. (popolazione <i>target</i>)
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati ISTAT



Finito di stampare
nel mese di giugno 2024 presso
Locopress industria grafica
Mesagne (Brindisi) - Italia
per conto di
Locorotondo editore
ISBN 978-88-99078-74-4



Locorotondo editore
ISBN 978-889907874-4



9 788899 078744